

Aus der Universitätsklinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin der Universität Rostock
Leitung: Herr Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider

Zum Einfluss von Traumafolgen auf die Motivation zur Psychotherapie in der Gruppe

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)
der Universitätsmedizin Rostock

Vorgelegt von
Sarah Christine Dutton

Rostock 2018

Gutachter:

1. Gutachter: Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider,
Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin,
Universität Rostock
2. Gutachter: Prof. Dr. Peter Kropp,
Medizinische Psychologie, Universität Rostock
3. Gutachter: Prof. Dr. Philipp Kuwert,
Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin,
Helios Kliniken Stralsund

Datum der Einreichung: 16.03.2018

Datum der Verteidigung: 15.01.2019

INHALTSVERZEICHNIS

I EINLEITUNG.....	1
1.1 Gruppentherapie.....	1
1.1.1 Definition.....	1
1.1.2 Ökonomie.....	5
1.1.3 Empathie.....	5
1.1.4 Zusammenfassung.....	6
1.1.4.1 Patientencharakteristika als Indikations- und Prognosemerkmale.....	6
1.1.4.2 Empfehlungen für Aufnahme- und Ausschlusskriterien in die Gruppentherapie.....	7
1.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	9
1.2.1 Definition.....	9
1.2.1.1 Einteilung nach DSM-IV, DSM-V und ICD-10.....	10
1.2.2 Epidemiologie.....	11
1.2.3 Ätiologie.....	12
1.2.4 Symptomatik.....	16
1.2.5 Diagnosestellung & Differentialdiagnose der PTBS.....	18
1.2.6 Komplexe PTBS.....	22
1.3 Dissoziation.....	24
1.3.1 Definition.....	24
1.3.1.1 Einteilung nach DSM-V und ICD-10.....	25
1.3.2 Diagnosestellung & Differentialdiagnose.....	25
1.4 Fragestellung.....	27

II MATERIAL UND METHODEN.....	29
2.1 Projekt.....	29
2.2 Datenerhebung.....	29
2.2.1 Zusammensetzung der Stichprobe.....	29
2.2.1.1 Zusammensetzung der Gesamtstichprobe.....	29
2.2.1.2 ICD-10 Diagnosen der Patienten (n=62).....	30
2.2.2 Ein-/Ausschlusskriterien.....	30
2.3 Diagnostische Instrumente.....	31
2.3.1 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....	31
2.3.2 Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS).....	32
2.3.3 Borderline Persönlichkeitsinventar (BPI).....	33
2.3.4 Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).....	35
2.3.5 Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS).....	36
2.3.6 Group Readiness Questionnaire (GRQ).....	37
2.3.7 Symptomcheckliste (SCL-90).....	38
2.4 Diagnostisches Vorgehen.....	40
2.4.1 Vorgehen.....	40
2.4.2 Interviewer und Betreuung.....	41
2.5 Statistische Analyse.....	41
III ERGEBNISSE.....	47
3.1 Deskriptive Ergebnisse.....	47
3.1.1 Soziodemographische Stichprobenbeschreibung.....	47
3.1.2 Häufigkeiten der kategorialen Ausprägungen von PTBS, cPTBS und BPS...49	

3.1.3	Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung, der komplexen PTBS und der emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörung mittels χ^2	49
3.1.4	Unterschiede im Hinblick auf Einzelitems des GRQ	49
3.2	Outcome.....	49
3.2.1	Outcomes nach kategorialen Traumaäquivalenten.....	49
3.2.2	Outcome und Einfluss des GRQ (Teilnehmer mit und ohne PTBS).....	50
3.2.3	Outcome und Einfluss des GRQ (Teilnehmer mit und ohne cPTBS).....	51
3.2.4	Outcome und Einfluss des GRQ (Teilnehmer mit und ohne BPS).....	52
3.2.5	Vergleich der Mittelwerte des FDS.....	52
3.2.6	Vergleich der Mittelwerte des SCL-90	54
3.2.7	Vergleich der Mittelwerte der CTQ-Subskalen.....	55
3.2.8	Vergleich der Häufigkeiten bestimmter Symptomkonstellationen.....	56
3.3	Vergleich der Motivation zur Gruppenpsychotherapie unter den Traumaäquivalenz - Gruppen.....	57
3.3.1	Outcome und Einfluss des GRQ.....	58
3.3.2	Regressionsanalysen.....	58
3.4	Korrelationen mit GRQ.....	60
3.4.1	Gruppentherapiemotivation bei PTBS und cPTBS	60
3.4.2	Korrelationen von GRQ mit FDS.....	61
3.4.3	Korrelationen zwischen GRQ und SCL-90.....	62
3.5	Zusammenfassung.....	63

IV DISKUSSION.....	65
V LITERATURVERZEICHNIS.....	72
VI THESEN.....	80
VII ANHANG.....	81
7.1 CTQ.....	81
7.2 FDS.....	83
7.3 BPI.....	90
7.4 PDS.....	94
7.5 IK-PTBS.....	98
7.6 GRQ.....	110
7.7 SKID-II.....	111
7.8 Eidesstattliche Erklärung.....	115
7.9 Danksagung.....	116

I EINLEITUNG

1.1 Gruppentherapie (GT)

1.1.1 Definition

In einer Gruppenpsychotherapie werden die in einer Gruppe auftretenden speziellen Gruppenphänomene (Gruppendynamik, Übertragung, Gegenübertragung) für die Psychotherapie genutzt, indem mehrere Patienten in einer Gruppe behandelt werden.

Gruppenpsychotherapie kann bei einer Vielzahl von psychischen Störungen erfolgreich durchgeführt werden, wie einige Studien belegen (Burlingame, McKenzie & Strauß, 2004; Yalom & Leczsz, 2006). Die Effektivität einer Einzeltherapie kann genauso hoch sein wie die einer Gruppentherapie (McRoberts, Burlingame & Hoag, 1998). Anhand von fünf Faktoren kann man die Gruppentherapie unterscheiden (Burlingame, McKenzie & Strauß, 2004): die formale Veränderungstheorie, Kleingruppenprozesse, Therapeutenmerkmale, strukturelle Merkmale einer Gruppe und Patientenmerkmale. Die Kleingruppenprozesse beinhalten Kohäsion, Engagement und Konflikte, welche das individuelle Ergebnis von Gruppentherapien maßgeblich steuern und mit Patientenmerkmalen verknüpft sind (Fuhrman & Burlingame, 1994). Auch wenn vermehrt positive Ergebnisse und nachgewiesene Effektivität von Gruppenpsychotherapie zu verzeichnen sind, ist diese Therapieform nicht für alle Patienten geeignet. Dies spiegelt sich in vorzeitigen Therapieabbrüchen

wider (Yalom, 1995; Yalom & Spira, 1996; McKenzie, 1997), welche wiederum in Beziehung zu den spezifischen Patienteneigenschaften (Piper, Joyce, Rosie & Azim, 1994) und Erwartungen des Patienten an die Therapie und deren Wirksamkeit stehen könnten (Kaul & Bednar, 1994; McNair-Semands, 2002).

Das verfrühte Abbrechen der Behandlung kann sich schnell auf andere Patienten übertragen. Es kann einen negativen Einfluss auf die verbleibenden Gruppenmitglieder haben, die daraufhin Entmutigung zeigen und oft dazu neigen, die Therapie ebenfalls vorzeitig zu beenden (Yalom, 1995; Stone, Blaze & Bozzuto, 1980). Prädiktoren für Therapieabbrüche zu ermitteln wäre deswegen wichtig, um potenzielle Aussteiger aus einer Therapie bereits vor Beginn ausfindig zu machen.

Patienten, die nicht angemessenes Verhalten im gegenseitigen Austausch zeigen können, sollten nicht in eine Gruppe aufgenommen werden, da sich dies auf die förderliche Gruppendynamik wahrscheinlich nachteilig auswirkt, indem sie sich selbst von der Gruppe isoliert fühlen könnten (Dally, 2014).

Probleme mit Intimität, Nähe oder provokanten Verhaltensweisen sind weitere Ausschlusskriterien für eine Gruppentherapie (Yalom, 1966). Feindseligkeit und von Unfreundlichkeit geprägte Interaktionsstile, wie zum Beispiel ständiges Zuspätkommen oder die Neigung bei Gruppendiskussionen zu dominieren, seien weitere im Hinblick auf therapeutische Gruppenprozesse negative Eigenschaften (McKenzie, 1997).

Ein Mangel an psychologischem Verständnis, wenig Einfühlungsvermögen, Feindseligkeit, hirnerkrankliche Beeinträchtigung, paranoider Tendenzen, hypochondrischen Störungen, primär somatischen Symptomen, sowie akuten Psychosen sind weitere Ausschlusskriterien (Yalom, 1995; Piper & McCallum, 1994; McNair & Corazzini, 1994). Patienten mit einem niedrigen Bildungsniveau und mit psychotischen Symptomen beeinflussen häufig die Gruppendynamik ungünstig: „Sie

bleiben auf einem symptombeschreibenden, ratgebenden und ratsuchenden oder bewertenden Level und vermeiden Diskussionen um unmittelbare Gefühle in der Hier- und- Jetzt Interaktion“ zu umgehen (Yalom, 1995).

Woods und Melnick (1979) fassten die wichtigsten Kriterien für den Ausschluss von Patienten zusammen wie z.B. die interpersonellen Kontraindikationen (Furcht sich zu öffnen; individuelle Inkompatibilität mit der Gruppe). Weitere von den Autoren beschriebene Kontraindikationen seien das Fokussieren auf äußere Ereignisse, anstatt auf zwischenmenschliche Faktoren bei der Äußerung von Kritik oder Beschwerden. Zu den traditionellen diagnostischen Kontraindikationen gehören akute Psychosen, schwerwiegender schizoider Rückzug und eine schizoide Persönlichkeit (McNair & Corazzini, 1994). McNair und Corazzini (1994) beschrieben introvertiertes Verhalten als einen Prädiktor für negative Therapieergebnisse und einen vorzeitigen Abbruch. Weitere Faktoren, welche einen vorzeitigen Therapieabbruch triggern, seien Alkohol- und Drogenprobleme, frühere negative Therapieerfahrungen, somatische Beschwerden, allgemeine Streitsucht mit körperlichen Auseinandersetzungen, insbesondere in einer Partnerschaft oder mit Mitbewohnern (McNair & Corazzini, 1994). Burlingame, Fuhrman und Johnson (2008) legten dar, dass vermeidendes und defensives Verhalten sowie Konflikte einen negativen Einfluss auf die Kohäsion in der Gruppe und letztendlich auf das Ergebnis haben.

Zudem wurden auch spezifische Aufnahmekriterien für Patienten von einigen Autoren aufgeführt (Dally, 2014; Mattke, 2008). Dazu gehören ein Mindestmaß an interpersonellen Fähigkeiten, Motivation für die Behandlung, keine aktuellen gruppenbezogenen Ängste und die Erwartungen an die Therapie selbst. Die aktive Teilnahme des Patienten am Gruppengeschehen stellt ein vielversprechendes Kriterium dar; dabei spielen die zwischenmenschlichen Ressourcen eine große Rolle

(Piper Joyce, Rosie, Azim, 1994) und können die positive Zusammenarbeit mit anderen Teilnehmern der Gruppe günstig prägen. Ein Mindestmaß an zwischenmenschlichen Ressourcen im Umgang mit anderen Gruppenteilnehmern ist verbunden mit einer positiven Entwicklung von Gruppenprozessen (McNair-Semands, 2002; Piper & McCallum, 1994). Auch die Offenheit eines Gruppenmitglieds auf andere zuzugehen sei ein weiterer günstiger Aspekt (Friedmann, 1989).

Des Weiteren soll die Patientenerwartung ein weiteres wichtiges Auswahlkriterium sein und als Parameter zur Motivationseinschätzung fungieren (Piper & McCallum, 1994). Höhere Erwartungshaltungen sollen einen Einfluss auf eine aktivere Beteiligung haben und somit eine Verbesserung der psychischen Beschwerden herbeiführen (Yalom, 1995). In Studien hat sich gezeigt, dass optimistische Vorstellungen zu einer besseren Gruppenstimmung und zu einer höheren Motivation führen, welche den Patienten dazu bringt neue Fähigkeiten zu erlernen (Bootzin, 1985). Auch können Patienten in Gruppentherapie unrealistische Vorstellungen von der Therapie haben und den anstehenden Anforderungen mit Zweifeln gegenüberstehen, was einen negativen Einfluss auf den Gruppenprozess darstellen kann; diese negativen Erwartungen seien von Beginn der Behandlung an zu explorieren (Kaul & Bednar, 1994).

Da mehrere Ausschlusskriterien einer Gruppentherapieindikation vorliegen, wie zuvor beschrieben, haben daraufhin Forscher es sich zur Aufgabe gemacht, geeignete Screening- Instrumente zu entwickeln. Der Zweck solcher Instrumente liegt unter anderem darin, dass mit ihrer Hilfe Therapieerfolge vorhergesagt werden sollen (GQ, Group Questionnaire von McNair- Semands, 2002). Tatsächlich konnte eine Verknüpfung zwischen dem GQ und Indikatoren für Therapieabbrüche, Prozess und Ergebnis in der Gruppenpsychotherapie gefunden werden (Cox et al., 2004)

1.1.2 Ökonomie von GT

In Deutschland hat eine Arbeitsgruppe (vgl. Heinzel et al., 1998) herausgearbeitet, dass Gruppen deutlich ökonomischer sind als Einzelbehandlungen. Auch in den USA, wo größere Einsparungszwänge im Gesundheitssystem vorgegeben werden, werden ökonomische Argumente für Gruppen zusätzlich aufgeführt (Burlingame et al., 2010). 2009 legte das Wall Street Journal (vgl. Helliker, 2009) unter dem Titel „No joke: Group therapy offers savings in numbers“ dar, dass eine Einzeltherapie um bis zu 50 % teurer sei als eine Gruppentherapie. Dies könne für mehrere Menschen, die in ihren finanziellen Möglichkeiten beschränkt sind, eine therapeutische Option sein, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dennoch seien weniger als 10 % des ambulanten „Psychotherapiemarktes“ in den USA auf Gruppen bezogen.

1.1.3 Empathie

Als wichtigster Wirkungsaspekt in der Gesprächspsychotherapie gilt die Empathie (vgl. Eckert, 2007). Sie ist definiert durch die Fähigkeit die Gedanken und Gefühle einer anderen Person zu erkennen und zu erraten, was deren Ursache ist. Sowohl die psychodynamisch oder humanistisch orientierten, als auch die kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Theoretiker fassen die Empathie als eine zentrale Beziehungsvariable im gruppenpsychotherapeutischen Setting auf (Johnson, Strauß & Bormann, 2008). In der Psychodynamik wird sie als eine Beziehungsvariable gesehen, durch die eine stabile therapeutische Beziehung überhaupt sich erst entwickeln kann. Zur Etablierung einer stabilen Umwelt, in der

Patienten lernen können mit Scham und Angst umzugehen, wird die Empathie von den objektbezogenen Theoretikern aufgefasst. Humanistische Therapeuten denken, dass das empathische Verhalten als eine Reaktion auf ein tiefes Verständnis für das innere Erleben einer Person verstanden werden kann (Johnson & Hougaard, 2008). In der kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Richtung sind Forscher überzeugt, dass es aufgrund der therapeutischen Beziehung zwischen einer Einzel- und Gruppentherapie keine Differenzierung gibt (Burlingame et al., 2004). Die kognitive Verhaltenstherapie betont die Empathie auf einer allgemeineren Ebene im einzeltherapeutischen Setting. Respekt, Wärme und Authentizität sind weitere Punkte, die in das Konzept der Empathie miteinbezogen werden können (Strauß & Mattke, 2012).

1.1.4 Zusammenfassung

1.1.4.1 Patientencharakteristika als Indikations- und Prognosemerkmale

Die Aufnahmekriterien für Patienten, die für eine Gruppenbehandlung vorgesehen sind, gruppieren sich um folgende Merkmale (vgl. Eckert & Biermann-Ratjen, 2010):

- Motivation für die vorgesehene Gruppenbehandlung
- Ein Mindestmaß an interpersonellen Fähigkeiten
- Keine aktuellen gruppenbezogenen Ängste

1.1.4.2 Empfehlungen für Aufnahme- und Ausschlusskriterien in die Gruppentherapie (aus Strauß & Mattke, 2012)

Geeignete Kandidaten für eine Gruppentherapie:

- haben Probleme in Beziehungen zu Eltern, Freunden und/oder Partner(in)
- haben eine Vorstellung davon, dass die momentane Beziehung durch die Dynamik der Ursprungsfamilie beeinflusst ist
- können ihre Gefühle in gewissem Maß ansprechen und haben bereits gewisse Einsichten bzw. Vorerfahrungen mit Behandlungen
- scheinen wenigstens eine gesunde Beziehung zu haben sowie eine basale Kommunikationsfähigkeit ohne interferierende psychotische Symptome
- können durchaus in einer schweren Krise sein oder Suizidgedanken haben, sollten aber in der Lage sein, mit anderen in Kontakt zu treten, ihre Gefühle zu besprechen
- sollten sich an die Rahmenvereinbarungen (wie Beginn, Dauer der Gruppe) halten können

Möglicherweise ungeeignete Kandidaten für eine Gruppentherapie:

- berichten über sehr viele interpersonelle Konflikte im Leben, erscheinen aggressiv, abwehrend, agitiert oder feindselig in ihren Beziehungen
- sind ausgeprägt schüchtern oder vermeidend, haben keine Freunde bzw. kein System sozialer Unterstützung
- berichten über sehr häufige selbstschädigende Verhaltensweisen: Drogen- oder Alkoholmissbrauch, parasuizidale Handlungen und riskantes Sexualverhalten

- berichten über ausgeprägte somatische Symptome und bringen diese nicht mit psychologischen Ursachen in Verbindung; neigen generell zur Verleugnung, präsentieren ihre Probleme sehr diffus und vage und nehmen ihre Probleme nicht richtig Ernst
- äußern das Gefühl sich in einer Gruppe nicht behaglich zu fühlen, nicht in der Lage zu sein, Probleme offen zu diskutieren oder stellen die Wirksamkeit einer Gruppe ernsthaft infrage
- leiden unter ausgeprägter Paranoia, die sich auf die Arbeit des Einzelnen mit der Gruppe negativ auswirken würde
- können die Sicherheit der Gruppe auf irgendeine Weise gefährden
- zeigen schwerwiegende Inkompatibilitäten mit einem oder mehreren Gruppenmitgliedern
- könnten dazu neigen, von den Zielen der Gruppe in einer Weise abzuweichen, die bei anderen Gruppenmitgliedern beeinträchtigen würde

(„Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis“, Strauß & Mattke, 2012, Springer- Verlag, S.62.)

In stationärer Psychotherapie ist mit einem hohen Anteil psychisch traumatisierter Patienten zu rechnen (Gast, Rodewald, Nickel, Emrich, 2001). Folglich stellt sich angesichts der Bevorzugung von Gruppentherapien die Frage, inwieweit sich psychische Traumatisierungen auf die Eignung zu diesem Therapieformat auswirken und sich hieraus eine hohe praktische Relevanz ergibt. Trauma ist assoziiert mit einer Vielzahl verschiedener Erkrankungen wie Depression, Angststörung und somatoformen Erkrankungen (Vogel, Schatz, Spitzer, 2009) sowie Persönlichkeitsstörungen (Zanarini & Frankenburg, 1997) und anderen. Interessanterweise zeigt die Betrachtung der Ausschlusskriterien eine auffallende

Ähnlichkeit zu den Merkmalen von posttraumatischen Zustandsbildern, etwa der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (cPTBS) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Nähere Erläuterungen folgen im weiteren Verlauf.

1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

1.2.1 Definition

Nach Giesbrecht und Merckelbach (2005) kann man von einem Trauma reden, wenn einer Person ein Ereignis widerfährt, diese Zeuge hiervon ist oder hiermit in Konfrontation gebracht wird, aus dem der wirkliche oder drohende Tod oder eine Verletzung resultieren kann, bzw. dass eine Bedrohung der körperlichen Integrität des Individuums oder anderer zur Folge hat. Hilflosigkeit oder Angst stellt auch eine weitere Voraussetzung hierfür dar.

Die Posttraumatische Belastungsstörung wird als eine somato-psychische Störung aufgefasst (Hüther, 1997; Özkan et al. 2000; van der Kolk et al., 1998; Wilson & Raphael, 1993). Unter dem Auftreten von extremem Stress werden diese Erinnerungen nicht wie üblich über den Hippocampus im Kortex gespeichert. Dabei bleibt die Integration der sensorischen, affektiven und kognitiven Elemente nicht wie üblich bestehen (Reddemann & Sachsse, 2000), sondern die Memorierung erfolgt als fragmentierte Gedächtnisspuren, die von den übrigen Lebenserfahrungen abgekapselt sind (Brenneis, 1998; van der Kolk et al., 1998; Wessa & Flor, 2002). Diese gespeicherten traumatischen Gedächtnisspuren können nach Kunzke und Güls (2003) oft schon durch kleinere Hinweisreize als Flashback in Form von Bildern und auditiven Eindrücken reaktiviert werden. Während die Reaktivierung des

Traumas auftritt, kann ein Stück dieser Erfahrung verbalisiert werden. Ein Haupthindernis der nachträglichen Verarbeitung traumatischer Ereignisse stellt die leichte Auslösbarkeit traumatischen Wiedererlebens in Form von Bildern, Geräuschen und Körpersensationen bei gleichzeitig wenig ausgebildeten verbalen Gedächtnisspuren dar (Kunzke & Güls, 2003).

1.2.1.1 Einteilung nach DSM-IV, DSM-V und ICD-10

Die Autoren des DSM-IV (1994) nutzten Studienergebnisse, die ein „Gefühl der Lebensbedrohung“ als wichtig wahrnahmen, um die Definition der PTBS weiter herauszuarbeiten (March, 1993). Im ICD-10 (1993) wird von der WHO ein Trauma als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ definiert. Auch um das Leben anderer oder vom Betreffenden nahestehender Menschen kann es sich handeln: „von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, ein schwerer Unfall oder Zeuge eines gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein“ (ICD-10). Dem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen werden bei Kindern im DSM-V weiterhin aufgeführt.

1.2.2 Epidemiologie

Bei mehr als 60 % der Männer und 51 % der Frauen kommt wenigstens einmal in ihrem Leben ein traumatisches Ereignis vor (Davidson, 2000). Von diesen erkranken 8 % (Männer) bzw. 20 % (Frauen) an einer posttraumatischen Belastungsstörung, was anzeigt, dass Frauen ein höheres Erkrankungsrisiko besitzen. Daraus ergeben sich schwerwiegende funktionelle und emotionale Beeinträchtigungen, die zusammen mit hinzutretenden Erkrankungen (Depression, Angststörungen etc.) zu hohen finanziellen und sozialen Belastungen für die Gesellschaft führen. Neben den Frauen sollen auch Kinder und Jugendliche nach einem Trauma eher eine PTBS entwickeln (Giaconia et al., 1995).

Nach Stein et al. (2002) wird davon ausgegangen, dass die posttraumatische Belastungsstörung eine stark verbreitete Erkrankung darstellt, die sich in 2-5 % der Gesamtbevölkerung widerspiegelt.

Auch in Kesslers et al. (1995) wichtigen epidemiologischen Studien wurde gezeigt, dass bei Frauen häufiger als bei Männern eine posttraumatische Belastungsstörung auftritt (abhängig vom Trauma 21,3 % bis 48,5 % gegenüber 22,3 % bis 38,8 %). Bei Frauen wird am häufigsten durch eine Vergewaltigung eine posttraumatische Belastungsstörung ausgelöst, gefolgt von sexueller Belästigung, körperlichem Angriff, Bedrohung durch eine Waffe und körperlichem Missbrauch in der Kindheit. Auch bei Männern ist die Vergewaltigung am häufigsten der Grund einer posttraumatischen Belastungsstörung. Daneben Beteiligung an Kampfgeschehen, Vernachlässigung und körperlicher Missbrauch in der Kindheit.

1.2.3 Ätiologie

Dass Erkenntnisse, die während des Lebens gebildet werden, in Form von Erkenntnisstrukturen oder -schemata im Gedächtnis abgelegt werden, ist die Auffassung kognitiv arbeitender Psychologen. Gesunde können diese Form stetig an die Realität anpassen, erweitern und verändern (Seiler, 2012).

Traumatische Ereignisse können die Fähigkeit des Individuums diese Adaptation oder Integration zu bewerkstelligen stark beeinträchtigen oder ganz und gar unmöglich machen.

Die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung kann man aus kognitiver Sicht auf diese Art und Weise beschreiben, dass Grundvoraussetzungen, auf die der Mensch seine bis zu dem Zeitpunkt angewendeten Strategien, Schemata und Verhaltensweisen basierte, durch das Trauma demjenigen als unwirklich, nicht ausreichend und inadäquat vorkommen. Über dysfunktionale Denkschemata kann sich dies zu Erkrankungen wie Depression, Angststörungen oder zur posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln. Zuerst wird begonnen, therapeutisch diese inadäquaten Denkschemata darzustellen. Hiermit soll die Anpassung oder Neugestaltung von Strukturen beim Patienten gefördert und ausgeübt werden. Ein adäquater Umgang soll dies mit dem Trauma induzieren und den Patienten beim Wiedererlangen oder erstmaligem Erleben von Stärke und Kompetenz unterstützen (Shalev et al., 1996).

Folgende therapeutische Zielsetzung lässt sich davon ableiten: Das Ziel der Therapie sei, sich mit diesen beeinträchtigten Charakterstrukturen auseinanderzusetzen, selbstbestärkende Methoden zu verwenden und das Trauma psychisch aufzuarbeiten; dazu müsse der Therapeut eher die Rolle des

Teilnehmenden annehmen als die Rolle des neutralen Beobachters (Bolm, Staats, Dally, 2014).

Einige Risikofaktoren für die Entstehung einer PTBS nach einem Trauma wurden identifiziert (Watson & Shalev, 2005). Nach Effektstärke sortiert (stärkster Risikofaktor zuerst) nennt eine Metaanalyse über 77 Studien (Brewin, 2003):

- Mangelnde soziale/ familiäre Unterstützung
- Posttraumatische Lebensbelastungen, z.B. finanziell/ beruflich
- Traumaschwere
- Belastete Kindheit, z.B. frühe Trennungserlebnisse
- Geringer Intelligenzquotient
- Missbrauch in der Kindheit
- Geringer sozioökonomischer Status
- Weibliches Geschlecht
- Psychiatrische Vorerkrankungen
- Geringer Bildungsstand

Man geht davon aus, dass Individuen mit PTBS das traumatische Geschehen global negativ und nicht zeitbegrenzt wahrnehmen. Auch bei Depression kann dieser negative Attributionsstil auftreten. Die PTBS tritt gehäuft in Familien auf, die auch durch andere psychische Störungen belastet sind (Foy et al., 1987).

Zu den protektiven Faktoren zählt ein ausgeprägtes Maß an Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1987; Frommberger et al., 1999). Hierunter versteht man die Fertigkeit eines Menschen, Gedanken in nachvollziehbaren, fassbaren Kontext zu bringen und damit das traumatische Erlebnis besser beurteilen und mit den Auswirkungen umgehen zu können (Antonovsky, 1987; Frommberger et al., 1999). Des Weiteren führt die Anerkennung als Traumaopfer zur Senkung der Rate an chronischen Verläufen (Maercker & Muller, 2004).

Bei den Ursachen der PTBS wird von einem komplexen Bedingungsgefüge von Ereignis-, Schutz- und Risikofaktoren gesprochen, nicht von einem linearen Stressor-Störungs-Zusammenhang (Maercker, 1997).

Wenn man die Risikofaktoren oder Schutzfaktoren in der Zeitspanne kurz nach dem Trauma beachtet, kann es bei der Akutbetreuung wichtige prognostische Hinweise geben.

Ereignisfaktoren	Risikofaktoren	Schutzfaktoren
unerwartet	die Wahrnehmungen einer Bedrohung des eigenen Lebens	Kohärenzsinn
Dauer (wiederholt, anhaltend)	weibliches Geschlecht	soziale Unterstützung
Bedrohungsintensität	Frühe Trennung von den Eltern	Bewältigungsmechanismen
Kontrollierbarkeit	Familiäre Belastung durch eine psychische Störung	
Interpersonelle Brutalität	frühere traumatische Ereignisse	
Debriefing	eine bereits bestehende Störung (Depression oder Angst)	
Antizipierbarkeit	peritraumatische Dissoziation	

Tab. 1.1: Ursachen eines PTBS- komplexen Bedingungsgefüges.

Intensive kognitive Bewältigungsstrategien sowie soziale Unterstützung können die seelischen Belastungen abpuffern (Maercker, 1997).

Indifferente Stimuli wie Bilder, Gerüche, Geräusche, taktile Reize, welche während des Traumas auftreten, werden mit diesem Erlebnis assoziiert. Es entwickelt sich ein konditioneller Stimulus (CS) und dieser verursacht in der Zukunft eine konditionierte Reaktion (CR) in Form von Angst.

Das instrumentelle Lernen wird als zweiter Faktor dieses Modells aufgefasst. Die Betroffenen wenden Vermeidung an, damit die durch den konditionierten Reiz ausgelöste Angst gemindert werden kann. Das Vermeidungsverhalten bleibt wegen diesem Lernvorgang weiterhin erhalten (Prinzip der negativen Verstärkung).

Eine weiterer Ätiologie-Ansatz einer PTBS soll eine biologisch erklärbare Vulnerabilität sein. Ein andauernd erhöhter Stressparameter soll als Folge von frühen negativen Bindungserfahrungen auftreten. In vielen Tierversuchen kann in den ersten Lebensjahren und -jahrzehnten eine bedeutende biochemische Änderung durch mütterliches Verhalten dargestellt werden (Vermetten & Bremner, 2002). Es ist seit 1995 (Bremner et al.) bekannt, dass messbare Veränderungen im Gehirn mit belastenden und traumatischen Erfahrungen in Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter korrelieren. Besonders umfangreich erforscht sind posttraumatische Hippocampus- Atrophien, sowie Verkleinerungen der Amygdala. Durch massive Vernachlässigung sind generelle Verkleinerungen des Gehirnvolumens bekannt (Sachsse, 2013).

1986 wurde von Foa & Kozak die Entstehung der PTBS anhand der „Emotional Processing Theory“ erläutert, welche auf der Emotionstheorie von Lang (1979) basierte. Angst wird hiernach als eine kognitive Struktur aufgefasst und als drei Informationsmöglichkeiten im Gedächtnis abgespeichert:

1. die Informationen über das Trauma (den gefürchteten Stimulus)

2. die Reaktion des Betroffenen

3. die Interpretation der bedrohlichen Reize und der eigenen Reaktion.

Folgen sind unter Umständen eine hohe Generalisierung der Angst und Symptome des Wiedererlebens.

1.2.4 Symptomatik

Ein Trauma, welches charakteristischerweise unvorbereitet eintritt, löst eine Reaktion des Entsetzens, der Hilflosigkeit und der intensiven Furcht aus. Eine wichtige Rolle stellt hier der Kontrollverlust dar; der Betroffene fühlt sich ausgeliefert und von dem Ereignis überwältigt (ICD-10: F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung).

Ein klinisch relevantes Leiden soll die Störung hervorrufen und soziale, berufliche oder andere wichtige Lebensbereiche beeinflussen. Es liegt eine Differenzierung zu verschiedenen Punkten der Zeitachse vor: ein akuter Typ (Dauer der Symptome weniger als drei Monate), ein chronischer Typ (Dauer der Symptome mehr als sechs Monate) und ein Typ mit verzögertem Beginn (die Symptome setzen frühestens sechs Monate nach dem stressauslösenden Faktor ein).

In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) über.

Die Symptome der PTBS können in vier Hauptgruppen eingeteilt werden: Die Basissymptome sind die Intrusion, die Vermeidung, die im Englischen „numbing“ genannte emotionale Abstumpfung und das Hyperarousal.

„Unter Intrusion versteht man das erneute Durchleben der traumatischen Situation“

(Reddemann & Sachsse, 2000). Den Patienten drängen sich ungewollt Erinnerungen und Gedanken an das schrecklich Erlebte auf. Dies kann sich in Bildern, Körpersensationen (Schmerz) oder Sinneseindrücken (z.B. Geräusche, Gerüche) des Traumas widerspiegeln, welche auch während des Schlafes auftreten können. Flashbacks und Alpträume stellen die ausgeprägteste Form von Intrusionen dar, welche bei starkem Belastungsempfinden zum Vorschein treten können. Bei Flashbacks können Betroffene das Gefühl entwickeln, das traumatische Ereignis wiederholt zu durchleben.

Alpträume von der traumatischen Situation und psychische sowie körperliche Reaktionen, wie intensive Angst und Fluchtgedanken, können auch auftreten. Verbale und zusammenhängende Erzählungen fehlen bei traumatischen Erinnerungen; sie sind stattdessen als intensive Gefühle gespeichert (Hinckeldey, 2002).

Damit keine Gedanken an das stattgefundene Trauma entstehen können, werden die weiteren Basissymptome *Vermeidung und Betäubung* verwendet. Man geht den Orten und Aktivitäten aus dem Weg, welche mit diesen verknüpft sind. Der Affekt dieser Menschen kann öfters dadurch verflachen, sie können ein abgestumpftes oder apathisches Erscheinungsbild zeigen. Es können starke Konzentrationsstörungen auftreten und sie können sich sozial isolieren. Unter dem Begriff *Konstriktion* kann man die Vermeidungsphänomene, das Vermeidungsverhalten und den geminderten Affektspielraum zusammenfassen.

Die Patienten versuchen bestimmten Stimuli aus dem Weg zu gehen und verhalten sich phobisch gegenüber Situationen und Aktivitäten, die Erinnerungen an das Trauma hervorrufen. Wenn Patienten mit solchen Schlüsselreizen in Kontakt kommen, werden starke körperliche Reaktionen hervorgerufen, wie Herzklopfen, Atembeschwerden oder Magen- und Darmprobleme.

Für einzelne Ausschnitte des traumatischen Geschehens können Erinnerungslücken (Amnesie) bestehen. Sie werden ebenso wie das Sprechen, Denken und Erinnern (Ehlers et al., 1999) an das Geschehen bewusst vermieden. Zu Missbrauchserfahrungen in der Kindheit kann eine vollständige Amnesie vorliegen. Die Geschehnisse können nur noch vage mit negativer emotionaler Färbung erspürt werden. Maercker (1997) legt nahe, dass die Symptome der Vermeidung von denen der Betäubung kategorial zu trennen sind. Vermeidungssymptome haben phobischen Charakter, während die Betäubungssymptomatik eher affektiven Störungen wie der Depression gleicht.

Das Hyperarousal stellt das dritte Basissymptom mit einer Erregungssteigerung des ZNS dar. Nachdem die Belastung aufgetreten ist, sinkt die Erregungsschwelle, was sich in Ein- und Durchschlafprobleme, Schreckhaftigkeit, Entspannungs- und Konzentrationsschwierigkeiten äußert.

1.2.5 Diagnosestellung, Differentialdiagnose & DSM-V

Symptome der PTBS nach DSM-V (gilt für Personen, die älter als 6 Jahre sind)	Symptome der PTBS nach ICD-10
<p>A) Ereigniskriterium: Die Person hat ein traumatisches Erlebnis erlebt, das beiden folgenden Bedingungen genügt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Person erlebte oder beobachtete eine oder mehrere Ereignisse, in der eine potentielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung 	<p>A) Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.</p>

<p>der körperlichen Verletzung bei sich oder anderen geschah,</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Person mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagierte 	
<p>B) Symptomgruppe: Vermeidung/ emotionale Taubheit (3 Symptome für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gedanken- und Gefühlsvermeidung - Aktivitäts- oder Situationsvermeidung - (Teil-) Amnesien - Interesseverminderung - Entfremdungsgefühl - eingeschränkter Affektspielraum - eingeschränkte Zukunft 	<p>B) Anhaltende Erinnerung oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.</p>
<p>C) Symptomgruppe: Chronische Übererregung (zwei Symptome für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein- und Durchschlafschwierigkeiten - erhöhte Reizbarkeit - Konzentrationsschwierigkeiten - eingeschränkte Zukunft 	<p>C) Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.</p>
<p>D) Negative Veränderungen in mit dem Trauma assoziierten Kognitionen oder Affekten, wie zum Beispiel</p>	<p>D) Entweder 1. oder 2.</p> <p>1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. die Unfähigkeit, wichtige Aspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern, 2. anhaltende oder übersteigerte negative Überzeugungen bzw. Erwartungen in Bezug auf die eigene Person, andere Personen oder „die Welt“. 3. Anhaltende veränderte Gedanken über die Ursache oder die Folgen des traumatischen Ereignisses. 4. Anhaltend negatives Gefühlserleben, wie z.B. Angst, Schuld, Schamgefühle. 5. Deutliche Verminderung von Interesse oder sozialen Aktivitäten. 6. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen. 7. Eingeschränkte Wahrnehmung von positiven Affekten (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden). 	<p>2. Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ein- und Durchschlafstörungen b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche c) Konzentrationsschwierigkeiten d) Hypervigilanz e) erhöhte Schreckhaftigkeit
<p>E) Deutliche Veränderungen in der Erregbarkeit und den Reaktionen, wie zum Beispiel Reizbarkeit oder Wutausbrüche, leichtsinniges oder selbstzerstörerisches Verhalten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen.</p>	<p>E) Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf.</p>

<p>F-G: Die Beschwerden (B-E)</p> <ul style="list-style-type: none"> • dauern für mindestens 1 Monat an, • verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und • sind nicht besser durch Substanzeinfluss oder eine andere Erkrankung erklärbar. 	
---	--

Tab.1.2: Diagnose der Posttraumatische Belastungsstörung im DSM-V im Vergleich zur ICD-10.

Die PTBS ist differentialdiagnostisch besonders von der Anpassungsstörung abzugrenzen, bei der die Symptomatik aufgrund eines leichteren Traumas (Verletzung des sozialen Netzes wie z.B. Trennung, Trauerfall, Emigration) sich abgeschwächt äußert und die Kriterien A-E nicht alle erfüllt. Über mindestens einen Monat muss die Symptomatik zur Diagnose einer PTBS andauern. Wenn ein kürzerer Verlauf besteht, kann man das Vorhandensein einer akuten Belastungsreaktion annehmen (ICD-10: F43.0).

Die PTBS von anderen psychischen Störungen abzugrenzen, ist ein weiterer schwieriger Aspekt. Differentialdiagnostische Erwägungen sind insbesondere gegenüber Angststörungen oder Depressionen, welche als Komorbidität oder als alleinige Traumafolge auftreten können, kompliziert (Flatten et al., 2011).

1.2.6 Komplexe PTBS (cPTBS)

Die Kategorie der komplexen PTBS wurde das erste Mal durch Judith Herman (1992) beschrieben. Im Gegensatz zur PTBS ist ein Bezug zu einem singulären Trauma nicht zwingend vorhanden. Sie basiert im Gegenteil auf der Annahme, dass komplexe und längerfristige traumatische Erfahrungen besonders während der Kindheit eine Änderung der Selbstwahrnehmung, Selbstregulation und Beziehung zu anderen herbeiführen kann. Dieses Störungsbild kann sich aufgrund verschiedener Vorkommnisse entwickeln: von sexueller Gewalt intrafamiliär bis hin zu Kriegs- und Foltererfahrungen. Die komplexe PTBS spiegelt sich im Erscheinungsbild (Maercker, 1997) einer gestörten Affektregulation wider. Besonders Zorn und Aggression drücken die Betroffenen mit ihrem verbalen Gefühlsausdruck aus, Depressionen und Suizidalität können damit einhergehen. Dissoziative Symptome gehören weiterhin zu den Merkmalen der komplexen PTBS. In einer traumatischen Situation verursacht das Empfinden, dass man schmerzunempfindlich und die Situation nicht real sei, in einer posttraumatischen Phase Entfremdungsgefühle, Amnesien, psychogene Bewusstseinsstörungen, Konzentrationsstörungen und ist traditionell der Hysterie zuzuordnen bzw. histrionisch anmutenden neurologischen Symptomen, wie Lähmungen, Parästhesien und Anfallszustände (Friedmann et al., 2004).

Interessanterweise gleichen diese Charakteristiken von Dissoziation und Somatisierung den Ausschlusskriterien für Gruppentherapie sehr stark (Burlingame et al., 2008). Die Ähnlichkeit besteht einmal bei diesen Erkrankungsbildern in der teilweise vorliegenden Verleugnung, der gegebenen Unfähigkeit zum Feedback, der gegebenen Einschränkung Hilfe zu geben und anzunehmen (z.B. als Ausdruck einer posttraumatisch beeinträchtigten Bindungsfunktion) sowie der herabgesetzten

Motivation. Aufgrund der starken Komorbidität beider Erkrankungen zeigen sich die Charakteristiken daher bei beiden sehr ähnlich. Es kann bei Somatisierungen ausgeprägt über somatische Symptome berichtet werden. Diese können mit psychologischen Ursachen nicht in Verbindung gebracht werden, die Probleme werden teilweise diffus und vage geschildert und sie werden nicht richtig ernst genommen (Mattke, 2008).

Das Konzept der cPTBS wurde aus verschiedenen Gründen kritisiert. Der zur Debatte stehende Punkt ist, dass eine große Überschneidung zwischen cPTBS und einigen anderen Störungen liegt, beispielsweise PTBS, Angststörung, Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Resick, 2012). Außerdem wurde berichtet, dass das gemeinsame Auftreten von cPTBS und BPS, welches oft als traumaassoziierte Störung betrachtet wird (Zanarini & Frankenburg, 1997), bei 80% liegt.

Studien zur Behandlung von cPTBS sind rar, wenn auch Dorrepaal et al. (2012) zur Gruppentherapie für Patienten mit cPTBS ermutigte. Dennoch liegen die berichteten Abbruchraten zwischen 16 % (Dorrepaal et al., 2012) und 20% (Hembree et al., 2003).

Trotz der weitreichenden Überschneidung zwischen cPTBS und BPS hat van der Kolk (2002) vorgeschlagen, dass der Unterschied bei der Differenzierung und die Probleme bei Affektregulation vorwiegend die cPTBS charakterisieren. Affektive Dysregulation bei der cPTBS und der BPS zeigen, dass eine problematische Indikation für Gruppentherapie gemäß der oben erwähnten Ein- und Ausschlusskriterien vorhanden ist (Burlingame et al., 2008).

Die Beziehung zwischen Therapieabbruch im Rahmen einer therapeutischen Gruppe und Traumafolgestörungen ist nicht hinreichend verstanden. Daher wird in der vorliegenden Studie der Group Readiness Questionnaire (GRQ) verwendet, um

den Einfluss von PTBS, cPTBS sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Motivation zur GT und das Behandlungsergebnis einer multimodalen stationären Psychotherapie zu untersuchen.

1.3 Dissoziation

1.3.1 Definition

Nach Bernstein und Putnam (1986) ist Dissoziation die Desintegration der normalerweise integrierten Funktionen von Gedächtnis, Wahrnehmung, Bewusstsein, Identität und Motorik. Dies wird häufig als ein psychologischer Schutzmechanismus bei Opfern von traumatischen Ereignissen betrachtet, die sich somit der vollen Auswirkung dieser Ereignisse entziehen. Viele Autoren fassen Symptome wie Derealisation, Depersonalisation, Amnesie und Identitätsprobleme als typische Manifestation von Dissoziation auf. Der Begriff der Dissoziation ist jedoch semantisch offen und es fehlt einer allgemein akzeptierten Definition. Der Begriff wird auch verwendet, um unterschiedliche Phänomene wie Wahrnehmung außerhalb des Bewusstseins und Hypnose zu beschreiben. Dissoziation tritt auf der Symptom- wie auch auf der Störungsebene - im klinischen Alltag häufig auf.

1.3.1.1 Einteilung nach ICD-10 & DSM IV

Dissoziation wird in der ICD-10 als ein „teilweiser oder vollständiger Verlust der normalerweise gelingenden Integration der (autobiographischen) Erinnerung, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Sinnesempfindungen, sowie der Kontrolle willkürlicher Körperbewegungen“ verstanden. Die dissoziativen Störungen kann man in zwei Gruppen unterteilen (Fiedler, 2001):

- dissoziative Bewusstseinsstörungen (Dissoziation rein auf der psychischen Ebene) (Riecher- Rössler, Bitzer; 2004)
- Konversionsstörungen (Dissoziation ausschließlich auf der Körperebene) (Didi-Hubermann, 1997)

Die Amnesie, die Fugue, der Stupor, Trance- und Besessenheitszustände, das Ganser-Syndrom und die multiple Persönlichkeitsstörung kann man zur ersten Gruppe hinzuzählen. Zu den pseudoneurologischen dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) gehören die Bewegungsstörungen, die Krampfanfälle sowie die Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen.

Die ICD-10 beinhaltet in einer Kategorie die Konversions- und dissoziativen Störungen. Die Konversionsstörung wird als eine Form der somatoformen Störung von dem DSM-V aufgefasst und orientiert sich vermehrt an der Symptomatik.

1.3.2 Diagnose & Differentialdiagnose

Häufigkeit, Dauer und Intensität der dissoziativen Phänomene sollten genauestens exploriert werden. Das Untersuchungsverfahren „Dissociative Experiences Scale“ kann als Screeninginstrument verwendet werden (Spitzer, Barnow, Grabe,

Freyberger, 2007).

Die Diagnosesicherung der Dissoziation bleibt klinische Aufgabe. Dissoziative Störungen werden in der ICD-10 zusammen mit konversionsneurotischen Symptomen aufgeführt. Als diagnostische Kriterien für dissoziative Störungen in der ICD-10 gelten folgende Eingangskriterien:

1. klinische Charakteristika, wie sie für die einzelnen Störungen typisch sind
2. keine körperliche Erkrankung, welche die Symptome ausreichend erklären könnte
3. Nachweis einer psychogenen Verursachung, d.h. zeitlicher Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung

Die Gruppe der dissoziativen Störungen kann in „Dissoziative Amnesie“, „Dissoziative Fugue“, „Dissoziative Depersonalisationsstörung“, „Dissoziative Identitätsstörung“ und „nicht näher bezeichnete Dissoziative Störungen“ eingeteilt werden. Nach dem DSM-V kann man die Diagnose einer dissoziativen Störung nur bei klinisch bedeutsamem Leidensdruck und/ oder einer Beeinträchtigung in zentralen Lebensbereichen stellen. Es muss dazu noch ausgeschlossen werden, dass diese Symptomatik nicht allein auf eine andere psychische Störung, eine körperliche Erkrankung oder auf die Einnahme einer Substanz zurückzuführen ist.

Differentialdiagnostisch können bei Patienten mit anderen psychiatrischen Störungen dissoziative Phänomene vorkommen. Hier können akute Belastungsstörungen, die posttraumatische Belastungsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung genannt werden. Somatische Erkrankung, wie Epilepsien, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Kleinhirnsyndrome und Multiple Sklerose sollten ausgeschlossen werden (Eckhardt-Henn, 2015). Vor allem die Differenzierung

gegenüber narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien sowie „rapid cycling“ und anderen biopolaren Störungen kann im Verlauf klinisch vollzogen werden.

Es liegen einige Unterschiede zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vor. Ein weiteres diagnostisches Kriterium ist beispielsweise nur bei der PTBS der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Symptomatik und dem auslösenden Ereignis. Normalerweise tritt bei der PTBS keine affektive Hyperreagibilität und kein selbstschädigendes Verhalten auf. Dennoch bleibt die Differentialdiagnose zur posttraumatischen Belastungsstörung schwierig (Bremner et al., 1999). Dies ist vorwiegend von Wichtigkeit, wenn eine frühe Traumatisierung diagnostiziert wird, die zu einer andauernden Persönlichkeitsveränderung geführt haben könnte.

1.4 Fragestellung

Es gibt bestimmte Eigenschaften, die als günstige Voraussetzung für eine GT angesehen werden. Diese ist in psychosomatischen Settings in Deutschland sehr verbreitet, teilweise wegen ihrer Wirksamkeit, teilweise aus ökonomischen Gründen. Hierbei stellt sich als problematisch dar, dass GT vergleichsweise komplexe Anforderungen an den Patienten stellt. Dies lässt sich anhand der Ein-/Ausschlusskriterien von Burlingame et al. (2008) nachvollziehen. Man findet in der klinischen Realität in stationären Settings aber gerade solche Patienten häufig vor, die vergleichbare Probleme haben, wie z.B. Probleme mit Bindung oder auf der Beziehungsebene. Weiterhin gibt es Patienten mit Problematiken bei der emotionalen Selbstregulation, Eigenwahrnehmung oder Impulssteuerung. Zudem kommen auch Problematiken mit Somatisierung und veränderten Wertvorstellungen

hinzu. Diese lassen sich auf psychometrischer Ebene auch als Dissoziation/Borderline/PTBS (u.v.a. komplexe PTBS) abbilden.

Die vorliegende Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen Traumakorrelaten und der Eignung zur Gruppenpsychotherapie, wobei die Hypothese überprüft wird, ob psychosomatische Patienten mit Traumatisierungen im Rahmen komplexer bzw. komplex-dissoziativer Traumafolgestörungen schlechtere Voraussetzungen haben als Patienten mit einfachen Traumafolgestörungen. Es soll dargestellt werden, wie psychische Folgen einer Traumatisierung die Haltung, Motivation oder die Antizipation gegenüber von Gruppentherapie verändern bzw. prägen. Anhand der Ergebnisse des Group Readiness Questionnaire - Fragebogens (GRQ) und des Interviews zur Diagnostik der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS) wird analysiert, ob Patienten mit oder ohne PTBS mehr von der Gruppentherapie profitieren.

Auch hinsichtlich der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) geht man von besseren gruppentherapiebezogenen Behandlungsvoraussetzungen aus als bezüglich der komplexen PTBS. Zudem wird in Verbindung mit den obigen Hypothesen entsprechende Auswirkungen auf den Outcome und die Rate vorzeitig beendeter Therapien erwartet.

Unserer Erkenntnis nach ist dies die erste Studie, die diese Fragestellung untersucht.

II Material und Methoden

2.1 Projekt

Es handelt sich hierbei um eine klinische, prospektive und nicht interventionelle Querschnittsstudie. Die Daten für die vorliegende Analyse stammen aus dem Untersuchungszeitraum von Februar 2011 bis Mai 2012. Es wurden konsekutiv 60 Patienten unabhängig von ihrer jeweiligen Diagnose interviewt.

Die Studie fand in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universität Rostock statt. Während des klinischen Aufenthaltes der Patienten wurde ein Interview (IK-PTBS) und eine Fragebogenbeantwortung (CTQ, FDS, BPI, PTSD, SCL-90) durchgeführt.

2.2 Datenerhebung

2.2.1 Zusammensetzung der Stichprobe

2.2.1.1 Zusammensetzung der Gesamtstichprobe (Anzahl und Alter)

An der Studie haben 72 Patienten teilgenommen, von 62 Teilnehmern konnte man den vollständigen Datensatz verwenden. 9 Patienten wurden aus der Studie herausgenommen, da sie entweder die Fragebögen nicht vollständig ausgefüllt, oder am Interview nicht teilgenommen hatten. Ein Patient brach aus Motivationsproblemen die Teilnahme ab. Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 35 Frauen (54,8 %) und 27

Männern (45,2%) zusammen. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 42.83 Jahre. 71,67 % sind berufstätig, 35 % befinden sich in einer Partnerschaft.

2.2.1.2 ICD-10 Diagnosen der Patienten (n = 62)

Der größte Anteil der Patienten ist mit 60% (n = 25) an Depressionen erkrankt. Bei 22 % wurde eine Angststörung als Hauptdiagnose festgestellt und somatoforme Störungen wurde bei 13 Patienten diagnostiziert, als Erstdiagnose führend/maßgeblich bei der Behandlung.

2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Patienten mussten emotional stabil genug sein, um am Interview teilzunehmen. Des Weiteren befanden sich die Patienten in der Anfangsphase ihrer Behandlung. Alle Patienten waren einwilligungsfähig und bestätigten schriftlich, dass die erhobenen Daten für dieses Projekt genutzt werden dürfen. Das Alter der Patienten lag zwischen 19 und 62 Jahren.

2.3 Diagnostische Instrumente

2.3.1 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Originalveröffentlichung: Bernstein & Fink (1998); dt. Version: Gast, Rodewald, Benecke & Driessen (2001))

Der CTQ stellt ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches zur retrospektiven Erfassung von Missbrauch und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter verwendet werden kann, dar. Drei Subskalen des CTQ stehen für drei verschiedene Klassen von Missbrauch: emotionalen („glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren“), körperlichen („wurde ich von jemanden aus der Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste“) oder sexuellen drohte mir jemand mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuelle Handlung mit ihm oder ihr ausführen würde“). Zwei Subskalen beinhalten die emotionale („hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden“) und physische Vernachlässigung („musste ich dreckige Kleider tragen“). Außerdem misst eine zusätzliche Skala die Tendenz kindliche Missbrauchserfahrung zu verharmlosen oder zu leugnen („hatte ich eine perfekte Kindheit“). In der deutschen Ausgabe kann man zudem noch drei weitere Items (Item Nr. 29-31) finden, die Fragen zur Inkonsistenz Erfahrungen in der Ursprungsfamilie stellen („befürchte ich, dass meine Familie jederzeit auseinanderbrechen könnte“). Im ersten Teil des Fragebogens soll der Befragte das Vorhandensein von traumatischen Erlebnissen anhand von 34 Items auf einer 5- stufigen Likert-Skala, die von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr häufig“ (5) reicht, beantworten. Jeder Subskala wird ein Score zugeteilt, welcher von 5 Punkten (kein Missbrauch oder Vernachlässigung in der Vergangenheit) bis 25 Punkten (extreme Erfahrungen von Missbrauch und Vernachlässigung) reicht (Bernstein, Fink; 1998). Im zweiten Teil (Items 35 bis 41) soll der Befragte auf einem

Zeitstrahl, der die Lebensjahre zwischen 1 und 20 Jahren angibt, ankreuzen, in welcher Zeit die gestellte Aussage („falls sie körperlich misshandelt worden sind, wann war das?“) auf ihn zutraf. Die amerikanischen Normwerte sind nicht ohne Weiteres auf den deutschsprachigen Raum übertragbar. Daher wird an die Auswertung rein deskriptiv und durch Mittelwertsvergleich zwischen den zwei Gruppen herangegangen. Um die Belastung durch Kindheitstraumatisierungen abzubilden, wird der Gesamtscore des CTQ verwendet und auf weitere Differenzierung zwischen den Traumaarten verzichtet.

2.3.2 Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS) (Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1998)

Der FDS wird als ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung verschiedener dissoziativer Phänomene verwendet. Hierbei handelt es sich um die deutsche Anpassung der Dissociative Experiences Scale (DES) von Bernstein und Putnam (1986). Die aus 28 Fragen zusammengesetzte Originalskala DES stellt die Frage nach der Häufigkeit dissoziativer Phänomene in den Bereichen Gedächtnis, Kognition, Bewusstsein und Identität. Die deutsche Ausgabe beinhaltet zusätzliche 16 Items, um auch pseudoneurologische Konversionssymptome abzubilden. Der FDS stellt die Subskalen Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion dar. Die 44 Aussagen über verschiedene dissoziative Erlebnisse sollen auf einer Skala von „0 %“ (nie) in Zehnerschritten bis „100 %“ (immer) daraufhin beantwortet werden, wie häufig ihr Auftreten sei.

2.3.3 BPI: Borderline Persönlichkeitsinventar BPI (Leichsenring, 1997)

Der Borderline Personality Inventory (BPI) wurde konzipiert, um die Borderline-Persönlichkeits-Organisation (BPO) zu erfassen.

Unter dem BPI versteht man einen aus 53 Items bestehenden

Selbstbeurteilungsbogen, welcher auf der Objektbeziehungstheorie von Kernberg (1983) basiert. Die nach Kernberg zentralen und strukturellen Kriterien Intensitäts-Diffusion, Realitätsprüfung, „primitive“ Abwehrmechanismen und „primitive“ Formen verinnerlichter Objektbeziehungen werden damit erfasst. Weiterhin kann durch den BPI erreicht werden, dass weitere Merkmale, z.B. Impulskontrolle, affektive Symptome und Regulierung von Nähe und Distanz erfasst werden können. Vier Skalen kann man den Items zuteilen. Die Skala AB (Abwehr) gibt die primitiven Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen wider. Hohe Werte kann man als Misstrauen und ein Gefühl der Wertlosigkeit der Patienten interpretieren. Niedrige Werte sagen aus, dass der Befragte vertrauensvoll ist und eine Stabilität an Gefühlen sowie ein gutes Selbstwertgefühl besitzt. Mit der Skala ID (Identität) können die Identitätsdiffusion und Entfremdungserlebnisse erfasst werden. Hier weisen hohe Werte darauf hin, dass widersprüchliche und entgegengesetzte Gefühle und Selbstbilder beim Patienten vorliegen. Niedrige Werte können im Sinne eines integrierten und zusammenhängenden Selbstbildes interpretiert werden. Die Skala N (Nähe) gibt die Angst vor Nähe wieder. Man kann hohe Werte als Angst vor engen Beziehungen auffassen, niedrige Werte, dass Nähe zugelassen werden kann. Die Skala R (Realitätsprüfung) testet, ob eine mangelhafte Realitätsüberprüfung vorhanden ist. Bei hohen Werten liegt keine Differenzierung zwischen Phantasie und Wirklichkeit vor, bei niedrigen Werten kann man davon ausgehen, dass kein Realitätsverlust vorliegt, obwohl eine verzerrte Wahrnehmung der Realität noch als

eine Möglichkeit weiterhin bestehen kann. Für jeden Bereich kann der entsprechende Rohwert in den T-Wert umgewandelt werden. Der Cut- off 20, der sich aus der Rohwertsumme von 20 Items aus den verschiedenen Bereichen zusammensetzt, kann bei mindestens 10 Punkten eingestuft werden.

Konsistenz und **Retest - Reliabilität** sind zufriedenstellend (Cronbach's Alpha-Koeffizient (interne Konsistenz) = 0.68 - 0.91; Retest - Reliabilität der Skalen und der Gesamtform: $r_{tt} = 0.73 - 0.88$; Leichsenring, 1997). Der Cut- off-Wert wurde auf 20 festgelegt, wie es vom Autor für die Skala empfohlen worden ist. Die meisten 20 trennschärfsten Items begründen diesen Cut- Off, welcher Menschen mit Borderline-Persönlichkeit von denen ohne unterscheidet.

2.3.4 PDS: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale

Von Foa stammt die ursprüngliche Version der PDS (1996). Die Posttraumatische Diagnoseskala wird als ein Screening-Test mit Selbstbeurteilung-Skala zur Erfassung der Symptome einer PTBS angewendet, welche auf den aktuellen DSM-V- Kriterien basiert, eine hohe interne Konsistenz und gute Test- Retest- Reliabilität sowie eine hohe konvergente Validität beinhaltet (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997). Die PDS ergibt eine PTBS Diagnose gemäß den Kriterien des DSM-V, dient aber auch als (dimensionaler) Maßstab für den Schweregrad der PTBS Symptome. Der Fragebogen resultiert in einer kategorialen Diagnose und kann zudem als Maß einer PTBS und den Schweregrad der drei Symptomkomplexe Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal verwendet werden.

Im Kriterium A (Traumakriterium) findet man im ersten Teil 11 Kategorien und eine Restkategorie vor. Das schlimmste Ereignis wird gekennzeichnet und narrativ

geschildert. Anhand von zusätzlichen 6 Items wird überprüft, ob das geschilderte Ereignis das

- Kriterium A1 (Erleben der betroffenen Person, eigene körperliche Verletzung oder Verletzung anderer, eigenes Leben oder Leben anderer in Gefahr) und
- Kriterium A2 (Reaktion der betroffenen Person: Hilflosigkeitsgefühl, starke Angst/ Entsetzen) erfüllt.

Der zweite Teil des Fragebogens erhebt die sich auf das schlimmste Ereignis beziehenden Symptome. Die 17 Fragen überschneiden sich mit den 17 Kriterien der Symptomcluster B (Wiedererleben (Frage 1 - 5)), Symptomcluster C (Vermeidung (Frage 6 - 10)) und Symptomcluster D (Hyperarousal) aus dem DSM-V.

Im DSM-V liegen Forderungen vor, dass die Symptome „beharrlich“ (Cluster B) oder „anhaltend“ (Cluster C und D) vorhanden sein müssen, während im Fragebogen die Antworten auf einer vierstufigen Skala: 0 (überhaupt nicht/ einmal im Monat), 1 (einmal pro Woche oder seltener/ manchmal), 2 (2- 4- mal pro Woche, die Hälfte der Zeit) und 3 (5- mal oder öfter pro Woche/ fast immer) aufgeführt sind.

In der Original- PDS gilt

- Kriterium B als erfüllt, wenn aus Frage 1 bis 5 mindestens eine Frage mit 1, 2, oder 3 bewertet wurde;
- Kriterium C als erfüllt, wenn aus Frage 6 bis 10 mindestens 3 Fragen mit 1, 2 oder 3 bewertet wurden;
- Kriterium D als erfüllt, wenn mindestens 2 Fragen mit 1, 2 oder 3 bewertet wurden.

Das Kriterium F (Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen in klinisch bedeutsamer Weise nach DSM-V) wird im letzten Fragebogen mit 9 Items (ja/ nein) untersucht. In mindestens zwei Bereichen muss eine Beeinträchtigung vorhanden sein, damit eine Erfüllung von Kriterium F vorliegt.

Das Kriterium E kann man auf die Symptombdauer von mindestens einem Monat anwenden.

Ab dem Punkt, an dem alle Kriterien (A bis F) erfüllt werden, kann die Verdachtsdiagnose gestellt werden.

Neben der Stellung der Verdachtsdiagnose kann man mit der PSD zusätzlich auch die Ausmaße der Symptomatik durch den Symptom- Schwere- Score beurteilen.

Die Berechnung des Symptom-Schwere-Scores ergibt sich aus der Summe der Itemwerte (Antwortmöglichkeit 0, 1, 2 oder 3) der Symptomcluster Wiedererleben (B), Vermeidung (C) und Hyperarousal (D). Es ermöglicht eine Beurteilung des Ausmaßes der Beeinträchtigung durch posttraumatische Symptome.

2.3.5 IK-PTBS: Interview zur Diagnostik der komplexen posttraumatischen

Belastungsstörung (erstellt auf der Grundlage des SIDES-Interviews (Autoren: van der Kolk, Pelcovitz, Herman, Roth, Kaplan, Waldinger, Guastela, Spitzer (1999); dt. Übersetzung Sack & Hofmann (2001))

Das Interview zur komplexen PTBS (IK-PTBS) - eine Adaptation des Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) - kann man als ein deutschsprachiges Instrument zur Diagnostik der komplexen PTBS anwenden. 40 Items beinhaltet die deutsche Version, mit denen Fragen zu Symptomkriterien der komplexen PTBS gestellt werden. Die Erfassung von Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen (Affektregulation, Umgang mit Ärger, autodestruktives Verhalten, Suizidalität, Störungen der Sexualität, Risikoverhalten), Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins (Amnesien, dissoziative Episoden und Depersonalisation), Störungen der Selbstwahrnehmung (Stigmatisierung, chronische

Schuldgefühle, Scham), Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen (Unfähigkeit zu vertrauen, fehlende Fähigkeit sich zu schützen, Viktimisierung anderer Menschen), Somatisierung (somatoforme Körperbeschwerden, hypochondrische Ängste) und Veränderungen in der Lebenseinstellung (fehlende Zukunftsperspektive, Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen) gehören dazu. Für die letzten drei Monate sollte das Kriterium erfüllt sein, wobei die Einschätzung aus der Antwort bzw. aus anamnestischen Angaben und der klinischen Beobachtung resultiert (Boroske-Leiner, Hofmann & Sack, 2008).

Alle Fragen können mit folgender kodierter Skala beantwortet werden: 1 = nicht vorhanden; 2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt; 3 = sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt; ? = zu wenig Informationen, nicht einschätzbar.

2.3.6 Group Readiness Questionnaire (GRQ) (Burlingame, Davies, Cox, Baker, Pearson, Beecher, Gleave, 2012; dt. Version: Löffler, Bormann, Burlingame, Strauß)

Der Group Readiness Questionnaire (GRQ) wird als ein US- amerikanisches Instrument zur Vorhersage der Qualität von Gruppenprozessen genutzt. Der Bogen wurde entwickelt, um einen vorzeitigen Therapieabbruch und das Ergebnis von Gruppenpsychotherapien vorhersagen zu können (Davies et al., 2002; Cox et al., 2004). Es konnte eine Verknüpfung zwischen dem GRQ und Indikatoren für Therapieabbrüche, Prozess und Ergebnis in der Gruppenpsychotherapie gefunden werden (Cox et al., 2004). Es handelt sich beim GRQ um einen Fragebogen, der 19 Items mit 5 - fach abgestuften Antwortmöglichkeiten umfasst. Diese knüpfen in der

aktuellen Form an drei wichtige Punkte an: Partizipation, Erwartungen und Dominanz. Partizipation heißt hierbei Teilnahme, welche man gruppentherapiebezogen im Sinne einer Offenheit bzw. Verslossenheit gegenüber der Gruppe und ihren Mitgliedern differenzieren kann. Mit Erwartung ist die Hoffnung, dass von der Therapie profitiert wird, gemeint. Tendenzen, andere feindselig zu dominieren, werden in der Subskala Dominanz (Demeanor) abgebildet. Ursprünglich fand eine Entwicklung des Bogens im Kontext von Gruppen mit traumatisierten Jugendlichen in Bosnien statt (Davies et al. 2002). Vorliegende Studien bestätigen die Vorhersagekraft des GRQ sowohl hinsichtlich der Behandlungserfolge als auch mancher Gruppenprozessmerkmale (zum Beispiel Entwicklung des Gruppenklimas).

Bei hohen Scores neigen die Teilnehmer dazu, nicht sinnvoll und zielführend an der Gruppe teilzunehmen; sie sind passiv, unbeteiligt, reserviert, nicht offen und teilen nicht gerne Gefühle mit anderen oder nehmen nicht auf eine konstruktive Art teil.

Niedrige Scores beim GRQ besagen, dass die Person Gefühle leicht (mit-) teilen und sich als Teil der Gruppe fühlen wird.

2.3.7 Die Symptom Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R) (Derogatis, 1977; dt. Version: Franke, 1995)

Es wurde die deutsche Version (Franke, 1994) der Symptom Check List (SCL-90) benutzt. Es ist eine selbst auszufüllende, 90 Items umfassende, multidimensionale psychopathologische Beurteilungsskala, welche die psychopathologische Belastung dimensional erfasst und ein Maß der psychischen Gesamtbelastung beinhaltet

(Global Severity Index score; GSI). Der GSI wird in der vorliegenden Arbeit auch als Outcome verwendet.

Die revidierte Form der Symptomcheckliste von Derogatis (1977) wurde in der deutschen Übersetzung (Franke, 1995) genutzt. Die 90 Items basieren auf subjektiv empfundenen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen der letzten 7 Tage. 5 Ausprägungsstufen können gewählt werden (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark). Die neun Subskalen beziehen sich auf:

Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit in sozialem Kontakt, phobische Angst, paranoides Denken, psychosoziale Aggressivität, Depressivität, Psychotizismus.

Die Anzahl der Summenwerte (GS) setzt sich aus den Summenwerten der neun Skalen und den Zusatzitems zusammen. Hieraus können drei globale Kennwerte berechnet werden: PSDI (Positive Symptome Distress Index, Intensität der Antworten), PSI (Positive Symptome Total, Anzahl der Symptome mit Belastung) und GSI (Global Severity Index, grundsätzliche psychische Belastung).

GSI wird als bedeutender Indikator für globale psychische Belastung genutzt. Dieser wird aus der Summe der Subskalenwerte ermittelt und stellt damit eine Verknüpfung zwischen Intensität der Belastung und allen 90 Items her. Die Transformation der Rohwerte in T-Werte stellt auch die soziodemographische Werte dar (Alter, Geschlecht). Man kann einen Vergleich mit den Experimentaldaten zu den repräsentativen Eichstichproben ziehen und feststellen, ob eine Pathologie einer psychischen Belastung eines Patienten vorliegt. Man solle aufgrund „verschiedener Studien in unterschiedlichen Populationen“ (Franke, 2002) erkennen können, wenn der T-GSI größer als 62 ist, dass die Patienten als psychisch auffällig zu betrachten sind.

2.4. Diagnostisches Vorgehen

2.4.1 Vorgehen

Zunächst wurde jeder Patient ausführlich über die Studie aufgeklärt und die Einverständniserklärung eingeholt. Alle Patienten waren einwilligungsfähig. Mit jedem Patienten wurde ein persönliches Interview mit dem IK-PTBS für ca. 30 Minuten durchgeführt.

Es wurden 60 Patienten der Rostocker Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in Norddeutschland untersucht. Das Durchschnittsalter war 42,9 Jahre und 54,8 % der Teilnehmer waren Frauen. Die Teilnehmer wurden nach der Art der Hauptdiagnose in Gruppen mit einer Depression (n = 25), einer Angststörung (n = 22) bzw. einer somatoformen Störung (n = 13) eingeteilt.

Mit den Teilnehmern wurde zuerst ein Vorgespräch durchgeführt, um zu erkennen, ob die Bereitschaft und das Interesse vorlagen, sich auf einen tiefenpsychologisch fundierten Therapieprozess einzulassen, biographische Konflikte zu enthüllen und zu lösen sowie Veränderungen hinsichtlich Emotionalität, Verhalten und Beziehungsgestaltung zu realisieren.

Die psychometrischen Untersuchungen wurden vor der Behandlung und im Behandlungsverlauf (Follow-up) durchgeführt. Bei Teilnehmern, welche die Behandlung vorzeitig verließen („Abbrecher“), lagen infolgedessen nicht zu allen Erhebungszeitpunkten Daten vor. Die Teilnehmer erhielten zwölf Gruppensitzungen (viermal psychodynamisch orientierte Gesprächstherapien, je zwei Sitzungen Musiktherapie, Kunsttherapie, kommunikative Bewegungstherapie und indikative, verhaltenstherapeutisch geprägte Gruppentherapien, wie z.B. Training sozialer

Kompetenzen oder Angst- bzw. Schmerzbewältigungsgruppen) sowie zusätzlich wöchentlich eine psychotherapeutische Einzelsitzung. Alle Teilnehmer hatten ihre Einverständniserklärung, um an der Studie teilzunehmen, unterschrieben.

2.4.2 Interviewer und Betreuung

Die Interviews wurden auf der Station der Rostocker Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin durchgeführt.

Für die Durchführung dieser Interviews fand vor Beginn der Studie eine ausführliche Schulung im Befragen und zum diagnostischen Vorgehen statt. Bei Fragen zur Durchführung des Interviews oder zur Bewertung bestimmter Symptome oder Aussagen der Patienten gab es erfahrene Ansprechpartner.

2.5. Statistische Analyse

Die anhand der Fragebögen BPI, FDS, CTQ, SCL-90, GRQ und IK-PTBS erfassten Ergebnisse wurden mit dem Statistikprogramm Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 11.5, verwaltet und analysiert. Unterschiedliche Tests wurden angewendet. In Analysen wurde der T-Test gebraucht, um Mittelwertdifferenzen zweier unabhängiger Stichproben auf Signifikanz zu testen. Der F-Test (Levene-Test) basiert auf der Gegenüberstellung der Varianzen beider Stichproben. Abhängig vom Testergebnis wird der T-Wert für gleiche oder nicht gleiche Varianzen gewertet. Zusätzlich wurde der Chi-Quadrat-Test in der Analyse eingesetzt. Dabei wird untersucht, ob normalskalierte Daten zweier Stichproben

voneinander unabhängig sind oder nicht.

Um dabei die Stärke und Richtung des Zusammenhangs zu definieren, wurde der Pearson-Korrelations-Koeffizient benutzt, welcher ein Maß für die Richtung und Stärke einer linearen Beziehung zwischen zwei Variablen vorgibt.

Für alle Signifikanzprüfungen wurde ein Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ gefordert.

Es wurden zweiseitige χ^2 -Tests verwendet, um die Beziehung zwischen kategorialen Variablen zu untersuchen, wohingegen der T-Test benutzt wurde, um kontinuierliche Variablen zwischen den Gruppen zu vergleichen. Den Spearman-

Korrelationskoeffizienten wurde verwendet, um die Beziehung zwischen den Scores vom GRQ und den Subskalen vom SCL-90R, dem FDS und dem GSI Follow-up zu untersuchen. Variablen wurden als Prädiktoren für die folgende Regressionsanalyse entsprechend der Signifikanz im vorherigen Test selektiert. Hinsichtlich der

hierarchischen Regressionsanalyse haben sich sieben Variablen als Prädiktoren qualifiziert. Diese basierten zunächst auf den signifikanten Korrelationen ($p < 0.05$) zwischen dem GSI bei der Entlassung (Outcome) und den Symptom-Skalen. Dies führte dazu, dass ein Signifikanzniveau von $p \leq 0.01$ für diesen Untersuchungsschritt gefordert wurde und so die Anzahl der unabhängigen Variablen in unserem Modell zu begrenzen. Angesichts der kleinen Gruppe von Therapie- Abbrechern, welche mit den Nicht- Abbrechern mittels stufenweiser binärer Regressionsanalyse verglichen wurden, erschien auch ein Trend ($p = 0.07$) für die Abbruchprognose als indikativ bzw. in diesem Sinne relevant.

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen wurde eingesetzt. Diese testet, ob sich die Mittelwerte mehrerer abhängiger Gruppen (oder Stichproben) unterscheiden. Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung stellt eine Verallgemeinerung des T-Tests für abhängige Stichproben (oder Gruppen) für mehr als zwei Gruppen dar. Der Begriff „Varianzanalyse“ wird wie bei allen

Varianzanalysen oft mit „ANOVA“ abgekürzt, da sie in Englisch „Analysis of variance“ bezeichnet wird.

Des Weiteren wurde MANOVA angewendet. Dies ist definiert als Verfahren der Dependenzanalyse in der Multivariantenanalyse. Im Gegensatz zur univariaten Varianzanalyse (ANOVA), welche die Wirkung eines oder mehrerer Faktoren auf eine abhängige Variable untersucht, berücksichtigt die ein- oder mehrfaktorielle Multivariante Varianzanalyse mehr als eine abhängige metrische Variable.

Der berechnete F-Wert ist der Quotient aus zwei Varianzschätzungen, der Schätzung der Varianz zwischen den unterschiedenen Gruppen und der Schätzung der Varianz innerhalb der Gruppen. Sind beide Varianzschätzungen ungefähr gleich, nimmt der F-Bruch einen Wert um 1 an, was dafürspricht, dass die Gruppenmittelwerte sich nicht signifikant voneinander unterscheiden. Ist der F-Bruch dagegen größer als 1, spricht dies dafür, dass sich die Gruppenmittelwerte signifikant voneinander unterscheiden.

Eta und Eta^2 sind wie r und r^2 Maßzahlen für die Stärke eines Zusammenhangs zwischen zwei Variablen. Es können Eta und Eta Quadrat verwendet werden, wenn eine der beiden Variablen nominal und die andere metrisch skaliert ist.

III ERGEBNISSE

3.1. Deskriptive Ergebnisse

3.1.1 Soziodemographische Stichprobenbeschreibung

Soziodemographische	Anzahl	%
Daten		
Familienstand		
Ledig	25	40,3
Verheiratet	18	29
Getrennt lebend	2	3,2
Geschieden	11	17,7
Verwitwet	2	3,2
Fehlend	4	6,5
höchster	Anzahl	%
Schulabschluss		
Noch in der Schule	1	1,6
Hauptschule	7	11,3
Realschule, mittlere	31	50,0
Reife		
Fachabitur/ Abitur	19	30,6
Gesamt	58	93,5
Fehlend	4	6,5
höchster	Anzahl	%
Berufsabschluss		

noch in Ausbildung	9	14,5
Lehre	29	46,8
Meister/Fachschule	7	11,3
Fachhochschule/ Universität	10	16,1
Ohne Abschluss	3	4,8
Gesamtsumme	58	93,5
Berufliche Situation	Anzahl	%
Voll erwerbstätig	35	56,5
teilzeitbeschäftigt	8	12,9
Nicht erwerbstätig	3	4,8
arbeitslos	4	6,5
Schüler(in)	6	9,7
Rentner(in)	5	8,1
Gesamtsumme	50	80,6
fehlend	12	19,4

Tab. 3.1: Soziodemographische Beschreibung.

Ein Patient brach aus Motivationsproblemen die Teilnahme ab. Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 34 Frauen (54,8 %) und 26 Männern (45,2 %) zusammen. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 42.83 Jahre. 71,67 % sind berufstätig, 35 % befinden sich in einer Partnerschaft.

Die Mehrheit (40,3 %) der 62 Studienteilnehmer gab zum Zeitpunkt der Untersuchung an ledig zu sein (51). Verheiratet waren 11 (14,9 %) der Studienteilnehmer. Den Familienstand *geschieden* gaben 8 Teilnehmer (5,4 %) an. Vier Patienten (5,4 %) waren bereits verwitwet. Der größte Teil (50,0 %) der 62

Patienten hat mit einem Realschulabschluss (Mittlere Reife) die Schule beendet. Mit einem Hauptschulabschluss haben 7 % und mit Fachabitur oder Abitur haben 19% der Patienten ihre schulische Laufbahn beendet. 1% der Patienten besucht noch die Schule. Die meisten Patienten (46,8 %) haben eine Lehre abgeschlossen. Eine Fachhochschule oder Universität besuchten 10 % der Befragten. 14,5 % der Patienten befinden sich noch in der Ausbildung, 11,3 % beendeten ihre Ausbildung mit einem Meister-/ Fachschulabschluss. Der Anteil der Patienten ohne Ausbildung beträgt 4,8 %.

Der größte Anteil der Patienten war zum Zeitpunkt des Interviews voll erwerbstätig (56,5 %) oder teilzeitbeschäftigt (12,9 %), nicht erwerbstätig sind 4,8%. In der Rolle des Schülers befanden sich 9,7 % der Befragten. Arbeitslos sind 6,5 % der Patienten.

3.1.2 Häufigkeiten der kategorialen Ausprägungen von PTBS, cPTBS und BPS

	PTBS	cPTBS	BPS
Häufigkeit	15 (24 %)	45 (72,6 %)	19 (30,6 %)

Tab.3.2: Häufigkeit von PTBS, cPTBS und Borderline-PKS.

Zur Erfassung der PTBS wurde der PDS-Fragebogen genutzt.

Eine posttraumatische Belastungsstörung galt dann als vorhanden, wenn die Symptome im Fragebogen bestätigt wurden. Diese Kriterien erfüllten 15 (24,2 %) der 62 Studienteilnehmer. Die komplexe PTBS konnte anhand des IK-PTBS diagnostiziert werden. Eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung galt dann als vorhanden, wenn 5 von 6 Störungsbereichen (Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen, der Wahrnehmung oder des Bewusstseins, der Selbstwahrnehmung, der Beziehung zu anderen Menschen, Somatisierung oder

Veränderungen von Lebenseinstellungen) im Fragebogen bestätigt wurden. Diese Symptome mussten in den letzten 3 Monaten aufgetreten oder/ und aktuell sein. Hierunter fielen 45 Patienten (72,6 %). Anhand des BPI wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gemessen, wobei 19 (30,6 %) der Patienten die entsprechende kategoriale Ausprägung aufwiesen.

3.1.3 Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung, der komplexen PTBS, der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (BPS) und statistische Auswertung mittels χ^2 -Test

	PTBS (-)	PTBS (+)	cPTBS (-)	cPTBS (+)
BPS (-)	32	11	16	27
BPS (+)	15	4	1	18
PTBS (-)	-	-	14	3
PTBS (+)	-	-	33	12

Tab. 3.3: Häufigkeiten von PTBS, cPTBS und BPS und statistische Auswertung mittels Vierfeldertafel und χ^2 ; (-) = nicht vorhanden; (+) = vorhanden.

Kombinationen	χ^2	p
von		
Traumakorrelaten		
PTBS* cPTBS	0.55	0.5
PTBS* BPS	0.15	1
cPTBS* BPS	6.76	0.01

Tab. 3.4: χ^2 –Test (PTBS, cPTBS, BPS)

3.1.4 Unterschiede im Hinblick auf Einzelitems des GRQ

Item 6 („Ich sage kaum jemals das, was ich denke, wenn ich in einer Gruppe von Menschen mich befinde“) unterschied sich (Mittelwert/Standardabweichung) zwischen Abbrechern (3.09/0.83) und den Nicht-Abbrechern (2.42/0.95): $T = 2.17$; $p < 0.05$;

Item 12 („Ich denke, dass Gefühle mit anderen zu teilen, mir hilft, mich besser zu fühlen“) unterschied sich (Mittelwert/Standardabweichung) zwischen Teilnehmern ohne BPS (2.44/1.05) und mit BPS (3.06/1.17): $T = -2.01$; $p < 0.05$;

Item 13 („Ich bin schroff zu anderen, wenn ich mich stark fühle über das, was ich sage“) unterschied sich (Mittelwert/Standardabweichung) zwischen Abbrechern (1.73/1.01) und Nicht-Abbrechern (2.57/1.01): $T = 2.52$; $p < 0.05$;

Item 16 („Ich bin eine offene Person“) unterschied sich (Mittelwert/Standardabweichung) zwischen Teilnehmern ohne (2.85/1.18) und mit PTBS (2.20/0.86): $T = 1.97$; $p < 0.05$, sowie zwischen Teilnehmern ohne (2.18/0.95) und mit cPTBS (2.89/1.15): $T = -2.27$; $p < 0.05$.

3.2 Outcome

3.2.1 Outcomes nach kategorialen Traumaäquivalenten

Skala	Keine PTBS MW(SD)	PTBS	Keine cPTBS	cPTBS	Keine BPS	BPS
GSI1	1.38 (0.51)	1.92 (0.51)	1.18 (0.44)	1.62 (0.63)	1.39 (0.63)	1.76 (0.5)
GSI2	0.71 (0.59)	0.91 (0.48)	0.7 (0.72)	0.78 (0.51)	0.73 (0.61)	0.81 (0.45)

Tab.3.5: Outcomes aller Mittelwerte von kategorialen Traumaäquivalenten.

Alle Patienten haben zum erstgemessenen Zeitpunkt (GSI1) einen höheren Mittelwert als zum später gemessenen Zeitpunkt (GSI2). Die Mittelwerte bei Patienten mit einer PTBS, cPTBS und BPS liegen insgesamt höher bei GSI1 als bei den Patienten ohne die angegebenen Diagnosen. Es kann kein Interaktionseffekt festgestellt werden.

3.2.2 Outcome und Einfluss des GRQ (Teilnehmer mit und ohne PTBS)

Skala	keine PTBS	PTBS	PTBS (F,eta ²)	Zeit (F,eta ²)	Zeitx PTBS (F,eta ²)	GRQ (F,eta ²)	Zeit (F,eta ²)	GRQx Zeit (F,eta ²)
MW (SD)								
GSI 1	1.38 (0.51)	1.73 (+0.63)	5.92; 0.1 p=0.002	58.59; 0.55 p=0.00	2.47; 0.05	9.62; 0.17	0.86; 0.02	0.08; 0,0
GSI2	0.71 (0.59)	0.91 (0.48)						

Tab. 3.6: Vergleich der Mittelwerte von Patienten mit und ohne PTBS (einfache ANOVA).

Betrachtet man in einer dimensionalen Analyse die Mittelwerte des allgemeinen linearen Modells (s.u.), kommt man zu folgenden Ergebnissen: Die Patienten mit einer PTBS haben zum erstgemessenen Zeitpunkt (GSI1) einen höheren Mittelwert mit 1.73 als zum später gemessenen Zeitpunkt GSI2 (0.91). Insgesamt liegen die Mittelwerte auch höher als bei den Patienten ohne eine PTBS. Es zeigt sich auch ein Interaktionseffekt mit der Zeit, nicht aber mit der Gruppentherapiemotivation (nach GRQ). Dies kann als eine Besserung der PTBS Symptome durch die multimodale Behandlung verstanden werden, allerdings ohne spezifischen Einfluss der (Gruppen-)Therapiemotivation.

	PTBS	Keine PTBS	p
	MW(SD)		
GSI1	1.73 (+-0.63)	1.36 (-+0.57)	-1.97 (0.06)
GSI2	0.91 (+-0.48)	0.71 (+-0.59)	-1.07 (0.1)

Tab. 3.7: Mittelwerte von GSI1 und GSI2 bei PTBS, keine PTBS.

3.2.3 Outcome und Einfluss des GRQ (Teilnehmer mit und ohne cPTBS)

Skala	Keine cPTBS MW (SD)	cPTBS (F,eta ²)	cPTBS (F,eta ²)	Zeit (F,eta ²)	Zeitx cPTBS (F,eta ²)	GRQ (F,eta ²)	Zeit (F, eta ²)	GRQx Zeit (F, eta ²)
GSI1	1.18 (0.44)	1.62 (0.63)	2.86; 0.06	38.64; 0.44 p=0.00	2.73; 0.05	6.10; 0.11 p=0.02	1.07; p=0,02	0.01; 0.00
GSI2	0.7(0.72)	0.78 (0.51)						

Tab. 3.8: Mittelwerte von GSI1, GSI2 bei cPTBS, kein cPTBS, und Interaktionen mit Zeit und GRQ-Scores (einfache ANOVA).

Anhand dieser Tabelle kann man zum erstgemessenen Zeitpunkt GSI1 einen erhöhten Mittelwert bei Patienten mit einer komplexen PTBS feststellen und höhere Mittelwerte als bei den Patienten ohne eine komplexe PTBS. Wiederum zeigt sich eine Interaktion mit der Zeit, allerdings zugleich mit dem GRQ.

3.2.4 Outcome und Einfluss des GRQ (Teilnehmer mit und ohne BPS)

	Keine BPS MW (SD)	BPS (F,eta ²)	BPS (F,eta ²)	Zeit (F,eta ²)	Zeit x BPS (F,eta ²)	GRQ (F,eta ²)	Zeit (F,eta ²)	GRQ x Zeit (F,eta ²)
GSI1	1.39 (0.63)	1.76 (0.5)	2.38; 0.05	63.41; 0.56 p=0.00	2.04; 0.04	7.01; 0.13 p=0.01	1.10; 0.02	0.01; 0.00
GSI2	0.73 (0.61)	0.81 (0.45)						

Tab. 3.9: Mittelwerte bei GSI1, GSI2 von keine BPS, BPS und Interaktionen mit Zeit, Zeit x BPS und GRQ- Scores mittels MANOVA.

Im Hinblick auf die BPS zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der cPTBS: Die psychopathologische Belastung ist höher, und es zeigen sich hinsichtlich des Outcomes Interaktionen mit der Zeit und mit dem GRQ.

3.2.5 Vergleich der Mittelwerte des FDS

	keine PTBS MW (SD)	PTBS (p)	T (p)	keine cPTBS MW (SD)	cPTBS (p)	T (p)
Amnesie	3.91 (4.74)	4.00 (4.38)	-0.06 (1)	3.07 3.17	4.22 5.0	-0.83 (0.4)
Absorption	15.02 (9.53)	17.40 (8.93)	-0.85 (4)	12.33 8.61	16.79 9.43	-1.61 (0.1)

Derealisation	3.26	3.80	-0.45	3.38	3.40	-0.02
n	(3.95)	(4.28)	(0.7)	3.26	4.27	(1)
Konversion	7.12	14.60	-1.96	9.21	9.05	0.05
	(7.15)	(14.15)	(0.07)	(6.67)	(10.84)	(1)
FDS gesamt	1.0	1.23	-1.38	0.9	1.01	-0.67
	(0.63)	(0.86)		0.51	0.76	

Tab. 3.10: Mittelwerte von FDS und PTBS, cPTBS und BPS (n=62).

Im Vergleich zu Patienten ohne PTBS zeigen Patienten mit dieser Erkrankung mehr dissoziative Symptome. Die Gesamtmittelwerte des FDS betragen bei der PTBS (+)-Gruppe (PTBS vorhanden) 1.23 (± 0.86) und bei der PTBS (-)-Gruppe (PTBS nicht vorhanden) 1.0 (0.63). Diese Differenzen erreichen jedoch kein signifikantes Niveau ($p = -1.38$). In der Gruppe mit komplexer PTBS liegt ein Gesamtwert von 1.01 (± 0.76) vor, in der Gruppe ohne komplexe PTBS einer von 0.9 (± 0.51). Das Signifikanzniveau wird nicht erreicht ($p = -0.67$). Lediglich hinsichtlich der Konversion bei PTBS zeigt sich ein signifikanter Unterschied

3.2.6 Vergleich der Mittelwerte der SCL-90

	keine PTBS MW (SD)	PTBS	T (p)	keine cPTBS MW (SD)	cPTBS	T (p)
Somatisierung	1.10 (0.67)	1.99 (0.92)	-3.44 (0.003)	1.29 (0.74)	1.34 0.87	-0.24
Zwanghaftigkeit	1.77 (0.78)	2.04 (0.71)	-1.2	1.48 0.65	1.98 0.77	-2.51 (0.02)
Unsicherheit im Sozialkontakt	1.48 (0.96)	1.69 (0.72)	-0.91	1.05 0.79	1.72 0.88	-2.84 (0.008)
Depressivität	2.0 (0.79)	(2.14) (0.71)	-0.64	1.58 0.69	2.24 0.71	-3.22 (0.003)
Ängstlichkeit	1.31 (0.71)	2.05 (0.9)	-2.84 (0.01)	1.28 0.77	1.60 0.84	1.38
Aggressivität	1.04 (0.77)	1.25 (0.93)	-0.75	0.66 0.38	1.27 0.86	-2.8 (0.007)
Phobische Angst	0.94 (0.79)	1.50 (1.2)	-2.05 (0.05)	0.79 0.98	1.18 0.89	1.36
Paranoides Denken	1.16 (0.9)	1.32 (0.95)	-0.57	0.75 0.78	1.38 0.9	-2.65 (0.01)
Psychotizismus	0.85 (0.51)	1.0 (0.74)	-0.67	0.56 0.38	1.02 0.59	2.94 (0.005)

Tab. 3.11: Mittelwerte von SCL-90 Symptomatik mit PTBS, cPTBS und BPS; Vergleich mittels T-Test.

T-Tests zeigen die Assoziation zwischen Korrelaten von Trauma und SCL-90-Subskalen. Signifikante Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf PTBS in den folgenden Subskalen: Somatisierung und Ängstlichkeit, im Hinblick auf cPTBS in den Subskalen Psychotizismus und Aggressivität. Demzufolge neigen Patienten mit cPTBS eher zu psychotischen Symptomen und Aggressivität, während bei PTBS eher Somatisierung und Angst als Symptomatik im Vordergrund steht. Auf einem Item- Level zeigen T-Tests signifikante Unterschiede (T; p) für die folgenden Gruppen (Mittelwert und SD) und einzelne Items vom GRQ (nur signifikante Ergebnisse werden aufgeführt):

Item 2 („Ich mag Gefühle mit anderen teilen“) und cPTBS (3.36/0.83) versus keine cPTBS (2.53/0.72): $T = -3.62$; $p < 0.01$;

Item 6 („Ich sage kaum jemals das, was ich denke, wenn ich mich in einer Gruppe von Menschen mich befinde“) und Drop-outs (3.09/0.83) versus den Nicht-Abbrechern (2.42/0.95): $T = 2.17$; $p < 0.05$.

3.2.7 Vergleich der Mittelwerte des CTQ

	keine PTBS MW (SD)	PTBS	T (p)	keine cPTBS	cPTBS	T (p)
CTQ-	40.16	49.87	-2.13	35.65	45.33	-2.21
Gesamt	(12.96)	(21.02)	(0.04)	10.02	16.83	(0.03)

Tab. 3.12: Mittelwerte des CTQ Gesamtscores (PTBS, cPTBS und BPS), T-Test.

Betrachtet man den Summenscore des CTQ, kommt man zu folgendem Ergebnis: Die Patienten mit einer PTBS haben beim Gesamtscore einen höheren Mittelwert als Patienten ohne PTBS. Auch die Mittelwerte bei Patienten mit komplexer PTBS und BPS liegen die Mittelwerte im höheren Bereich und sind signifikant höher. Patienten ohne PTBS erreichen einen Mittelwert von 40,16 ($\pm 12,96$) und Patienten mit PTBS einen Mittelwert von 29,87 ($\pm 21,02$). Dieser Unterschied ist signifikant (T-Test: -2,13; $p = 0,04$). Des Weiteren haben Patienten ohne eine komplexe PTBS einen Mittelwert von 35,65 ($\pm 10,2$) und Patienten mit einer komplexen PTBS einen Mittelwert von 45,33 ($\pm 16,83$). Diese Differenz ist auch signifikant ($T = -2.21$; $p = 0.03$). Für Patienten, die nicht an einer BPS erkrankt sind, kann ein Mittelwert von 39,99 ($\pm 14,96$) ermittelt werden; bei den Patienten, die nicht hieran erkrankt sind, wird 50,17 ($\pm 15,32$) als Mittelwert errechnet. Auch hier liegt ein signifikanter Unterschied vor (T-Test: -2.53; $p = 0.02$).

3.2.8 Vergleich der Häufigkeiten bestimmter Symptomkonstellationen

Sehr häufig zeigten sich PTBS und primäre Diagnosen (Depressivität, Angst, somatoforme Störung) verbunden. Ferner gilt dies auch für die Konstellation aus BPS und cPTBS. In der aktuellen Studie zeigen sich die Traumakorrelate „hoch interaktiv“. Es sind hierbei keine Auswirkungen auf die Gruppenfähigkeit zu eruieren. Die Validität der cPTBS erweist sich als fragwürdig. Die GSQ-Subskalen und der Gesamtscore sind am meisten von Symptomen beeinflusst. Die Borderline-Persönlichkeit „Organisation“ interagiert mit der GRQ-Subskala „Erwartung“.

3.3 Vergleich der Motivation zur Gruppenpsychotherapie zwischen den Traumaäquivalenz-Gruppen

1. Keine Traumaäquivalente: n = 13
2. cPTBS n = 19
3. PTBS, cPTBS: n = 8

	Partizipation (Teilnahme) MW(SD)	Aggressives Auftreten (Demeanor)	Erwar- tung	Filling items	Gesamt- score
Kein	27.23	6.77	9.62	13.46	57.08
Traumaäquivalent	<u>+6.31</u>	<u>+ 1.24</u>	<u>+ 2.47</u>	<u>+ 2.07</u>	<u>+ 7.35</u>
cPTBS	24.95	6.26	10.74	12.37	54.32
	<u>+ 7.58</u>	<u>+ 2.54</u>	<u>+ 2.54</u>	<u>+ 2.79</u>	<u>+ 12.35</u>
PTBS, cPTBS	26.88	6.50	10.25	13.38	57.00
	<u>+ 3.94</u>	<u>+ 1.20</u>	<u>+ 1.91</u>	<u>+ 2.00</u>	<u>+ 6.93</u>
F	0.79	0.18	3.03	2.08	1.48
p	0.5	0.9	0.04	0.1	0.2

Tab. 3.13: Vergleich der Traumaäquivalenz- Gruppen im Hinblick auf den GRQ.

Hinsichtlich der Subskala Erwartung unterscheiden sich Patienten mit PTBS von cPTBS signifikant bei ansonsten nicht signifikanten Unterschieden bezüglich der abhängigen Variablen GRQ.

3.3.1 Outcome und Einfluss des GRQ

	df	F	p	eta
Partizipation	1	0,857	0,36	0,2
Erwartung	1	1,024	0,318	0,24
GRQ	1	1,722	0,197	0,4
gesamt				

Tab. 3.14: Outcome des GRQ (Abhängige Variable GSI4; siehe Tab. 3.13: Vergleich der Traumaäquivalenz-Gruppen).

Mittels ANOVA wurde die Frage untersucht, ob der GSI (abhängige Variable) oder ob Traumaäquivalente (Kovarianten) zur Aufklärung der Varianz beitragen.

Abweichend davon diente die binäre Regression dazu, die Auswirkung von verschiedenen Faktoren der Abbruchswahrscheinlichkeit zu analysieren. Das Modell beinhaltete das „Bildungsniveau“, drei SCL-90-Subskalen („Depression“, „Angststörung“, „Feindseligkeit“) und die GRQ-Subskala „Erwartung“, zusammen mit „Geschlecht“ und „Alter“ als unabhängige Variablen. Das ganze Modell umfasst alle Prädiktoren, welche statistisch signifikant waren ($F = 10.62$; $p < 0.01$). Im Ergebnis zeigt sich ein klarer Einfluss der Gruppentherapiemotivation (GSI Gesamtscore) auf den Outcome, welches bei höherer Motivation ebenfalls besser ausfällt.

3.3.2 Regressionsanalysen

Es wurden verschiedene Regressionsanalysen, um die Prädiktion der abhängigen Variable GSI durch die unabhängigen Variablen („Geschlecht“, „Alter“, „DES“, „Amnesie“ und GRQ „Erwartung“) zu prüfen, genutzt.

Die Varianzerklärung betrug 28 % und die GRQ-Subskala „Erwartung“ erklärt davon 13 % ($R^2 \text{ change} = 0.13$; $F \text{ change} = 8.15$, $p < 0.01$). Die GRQ-Subskala „Erwartung“ war der beste Prädiktor ($\beta = 0.38$; $p < 0.01$), gefolgt von „Amnesie“ ($\beta = 0.29$; $p = 0.04$).

Prädiktor	Koeffizient	SE	β	T	p	KI	KI
	B					oberes	unteres
Dissoziative Amnesie	0.05	0.02	0.29	2.16	0.04	0.003	0.09
GRQ Erwartung	0.08	0.03	0.38	2.85	<0.01	0.02	0.13

Tab.3.15: Lineare Regressionsanalyse (abhängige Variable GSI als Follow-up)
(KI:Konfidenzintervall).

Stufe	Prädiktor	Koeffizient	SE	Wald	p	Exponent	KI	KI
		B				B	obere	untere
1	Phobische Angst	-1.88	0.85	4.88	0.03	0.15	0.03	0.81
	GRQ Erwartung	-0.12	0.17	0.5	0.5	0.89	0.63	1.24
2	Phobische Angst	-2.04	0.84	5.82	0.02	0.13	0.03	0.68

Tab.3.16: Stufenweise binäre Regressionsanalyse (abhängige Variable: Abbrecher versus Nicht-Abbrecher) (Wald:Vorwärtsauswahl).

Wald ist hierbei eine Vorwärtsauswahl, eine Methode der schrittweisen

Variablenauswahl mit einem Test auf Aufnahme, der auf der Signifikanz der

Scorestatistik beruht und einem Test auf Ausschluss, der auf der Wahrscheinlichkeit der Wald-Statistik beruht.

3.4 Traumakorrelate und GRQ

3.4.1 Gruppentherapiemotivation bei PTBS und cPTBS

Skala	keine PTBS MW(SD)	PTBS MW(SD)	T (p)	keine cPTBS MW(SD)	cPTBS MW(SD)	T (p)
GRQ- Partizipation	39.85 (6.91)	37.67 (4.88)	1.35	36.82 40.27	5.84 6.55	-2.00 (0.05)
GRQ- Erwartung	9.57 (2.97)	10.93 (1.87)	2.10 0.04	10.00 2.42	9.87 2.94	0.18
GRQ - Gesamt	53.81 (7.57)	51.13 (6.67)	1.31	50.41 8.07	54.2 6.95	1.71

Tab. 3.17: Vergleich der Mittelwerte mit PTBS, ohne PTBS, mit cPTBS, ohne cPTBS mit GRQ mittels T-Test (unabhängige Variable GRQ).

Patienten mit einer PTBS zeigten höhere Werte auf der GRQ-Subskala „Erwartung“ als Patienten ohne eine PTBS. Im T-Test zeigten sich Trends gegenüber höheren Scores auf der GRQ-Subskala Partizipation ($p = 0.06$) und dem GRQ Gesamtscore ($p = 0.08$) bei cPTBS. Weiterhin lag ein Trend zu niedrigeren Scores der GRQ-Subskala Erwartung bei denen, die die Therapie vollendeten im Gegensatz zu den Abbrechern ($p = 0.07$) vor.

3.4.2 Korrelationen von GRQ mit FDS

Skala	Partizipation (PZ)	Erwartung	GRQ gesamt
Amnesie (8 Items)	0.15	-0.14	0.19
Absorption (9 Items)	0.14	0.02	0.19
Derealisation (6 Items)	0.00	-0.02	0.03
Konversion (9 Items)	0.05	0.12	0.01
FDS Gesamtwert (22 Items)	0.06	0.64 (p=0.05)	0.08

Tabelle 3.18: Pearson-Korrelationskoeffizienten zwischen GRQ - und FDS-Subskalen.

Es können keine signifikanten Korrelationen zwischen FDS-Subskalen und GRQ festgestellt werden. Zwischen „Erwartung“ und dem FDS-Gesamtwert ist noch am ehesten eine Korrelation ausgeprägt mit $p = 0.05$. Der GRQ-Gesamtscore und seine Subskalen „Partizipation“ zeigen keine Korrelationen mit den FDS-Subskalen und dem Gesamtscore.

3.4.3 Korrelationen zwischen GRQ und SCL-90

Skala/Subskala	SCL-90/GSI (Follow-up)	GRQ- Partizipation	GRQ- Erwartung	GRQ- Gesamt
SCL-90/Somatisierung	0.21	0.08	0.20	0.17
SCL-90/Zwanghaftigkeit	0.24	0.25	0.08	0.35**
SCL-90/Unsicherheit im Sozialkontakt	0.33*	0.34**	0.23	0.41**
SCL-90/Depression	0.15	0.20	0.14	0.30*
SCL-90/Ängstlichkeit	0.24	0.26	0.10	0.26*
SCL-90/Aggressivität	0.30*	0.27*	0.31*	0.37**
SCL-90/Phobische Angst	0.32*	0.43**	0.26*	0.44**
SCL-90/Paranoides Denken	0.17	0.28*	0.28*	0.37**
SCL-90/Psychotizismus	0.23	0.42**	0.12	0.41**

SCL-90/GSI	0.25	0.33**	0.22	0.40**
(admission)				
SCL-90/GSI		0.19	0.36**	0.28*
(Follow-up)				

Tab. 3.19: Korrelationen zwischen SCL-90- und den GRQ-Subskalen und Gesamtscore; **= $p \leq 0,01$ (2-tailed); * = $p \leq 0,05$ (2-tailed).

Zwischen verschiedenen Subskalen der SCL-90 und dem GRQ zeigen sich signifikante Korrelationen: Somatisierung, Ängstlichkeit, Phobische Angst bei PTBS-Patienten, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Aggressivität, paranoides Denken und Psychotizismus. Dies könnte man auf diese Weise interpretieren, dass diese Symptomatiken die Gruppentherapiemotivation stark erschweren. Der GRQ Total Score und seine Subskala „Partizipation“ zeigten mehrere Korrelationen mit den SCL-90-Subskalen und dem Totalscore (GSI).

3.5 Zusammenfassung

Zu Beginn wurden die Patienten in die Kategorie mit komplexer PTBS und ohne komplexe PTBS eingeteilt. Die Ergebnisse zeigen keine Korrelationen oder Assoziationen zwischen Kindheitstrauma (CTQ), Dissoziation (FDS) und einer komplexen PTBS. Auch der Zusammenhang zum GRQ und zusätzlich den Diagnosen konnte nicht bestätigt werden.

Die Korrelate von Trauma (PTBS, cPTBS, BPS) waren weder assoziiert mit der primären Diagnose, mit dem Geschlecht, noch mit den Drop-outs. Der GRQ-Gesamtscore und seine Subskala „Partizipation“ zeigten mehrere Korrelationen mit den SCL-90-Subskalen und dem Gesamtscore (GSI), aber keine mit den FDS-

Subskalen und nicht mit dem Gesamtscore. Der GSI korreliert dennoch mit der Subskala „Amnesie“ im Follow-up und erreichte die höchste Signifikanz. Im T-Test zeigten sich Trends bei höheren Scores auf der GRQ-Subskala Partizipation ($p = 0.06$), und im GRQ Gesamtscore ($p = 0.08$) bei cPTBS. Zusätzlich konnte eine Tendenz zu niedrigeren Scores der GRQ-Subskala „Erwartung“ bei den Drop-outs ($p = 0.07$) beobachtet werden. Ein höherer Bildungsstand erwies sich mit größerer Kontinuität der Therapie verbunden. T-Tests zeigen die Assoziation zwischen Korrelaten von Trauma und SCL-90-Subskalen.

Zudem wurde auf Ebene der Einzelitems des GRQ einige interessante Hinweise auf unterschiedliche Ausprägungen in den einzelnen Gruppen gefunden.

IV DISKUSSION

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss von Traumatisierungen bzw. posttraumatischer Symptomatologie auf die Bereitschaft und Eignung zur Teilnahme an Gruppentherapien. Zugleich wurde der Einfluss der Motivation zur GT auf das Behandlungsergebnis untersucht. Es sollte die Hypothese überprüft werden, ob Traumatisierungen bzw. Traumaäquivalente durch ihre Auswirkungen auf die psychischen Funktionen einen negativen Einfluss auf die Motivation und Eignung zur Gruppenpsychotherapie und das Ergebnis von Gruppentherapie haben.

Es zeigt sich, dass dissoziative Amnesie und die Subskala „Erwartung“ die besten Prädiktoren eines Behandlungserfolges darstellen. Zugleich hing aber das Ergebnis der Therapie auch von der initialen Belastung durch psychopathologische Symptome ab, so dass die am Anfang besonders stark belasteten Teilnehmer am meisten von der Therapie profitieren konnten. Allerdings konnte auch beobachtet werden, dass diese Patienten nicht die günstigsten Voraussetzungen im Sinne des GRQ erfüllten. Jedoch konnte die Hypothese, dass auch dissoziative Symptome die Eignung zur GT beeinflussen, nicht bestätigt worden. Vielmehr zeigte sich, dass dissoziative Symptome zwar einen Einfluss auf das Ausmaß der psychopathologischen Belastung haben, nicht aber auf die Angaben im GRQ, was die Sichtweise auf Dissoziation als symptomverstärkende posttraumatische Bedingung unterstützt (Fiedler, 2001). Nicht zuletzt war Diskontinuität der Therapie im Sinne der frühzeitigen Beendigung der Therapie assoziiert mit einem niedrigen Bildungsniveau. Der Studien-Hypothese widersprechend trugen die Trauma-Korrelate (PTBS, cPTBS, BPS) nicht zur Prognose der abhängigen Variablen (GSI) direkt bei. Einen wichtigen Befund hinsichtlich der Eignung zur Gruppentherapie stellt wie erwartet die

Assoziation zwischen der Subskala „Partizipation“ und cPTBS dar. Die PTBS hingegen zeigte sich nicht mit dem GRQ verknüpft.

Die Drop-out-Rate in der gegenwärtigen Studie betrug 17,75 % und entsprach insofern den Ergebnissen anderer Autoren (z.B. Harper, Richter, Gorey, 2009). Ob Personen mit einer Missbrauchsgeschichte die GT zu Ende führen, kann gerade im Hinblick auf die häufigen emotionalen bzw. psychodynamischen Äquivalente früherer Traumatisierungen, z.B. Scham- und Schuldgefühle, aus der Traumaabwehr heraus zu erklären sein; denn gerade Schuld- und Schamgefühle gelten als besonders erschwerend für gruppentherapeutische Prozesse bzw. für das Erreichen gesteckter psychotherapeutischer Ziele (Ginzburg et al., 2009). Niedrigere Werte der Partizipationssubskala des GRQ, die sich in der vorliegenden Untersuchung insbesondere bei den Teilnehmern fanden, die auch eine cPTBS aufwiesen, erweisen sich in verschiedenen Studien mit Zusammenhalt und Einsicht in der GT assoziiert (z.B. Burlingame et al., 2011). Die Adhärenz im Rahmen einer GT wird aber offensichtlich auch von der Art der Gruppentherapie bzw. ihrem inhaltlichen Schwerpunkt sowie der zugrundeliegenden Veränderungstheorie bestimmt. So zeigte Classen et al. (2011), dass die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs bei Teilnehmern einer Gruppe, die sich mit biographischen und früheren Themen befasste, mit 29 % gegenüber derjenigen einer Gruppe mit vorrangigem Bezug zu aktuellen Themen des „Hier und Jetzt“ nahezu doppelt so hoch war. Die hier berichtete Drop-out-Rate bewegte sich, verglichen mit den Ergebnissen von Classen et al. (2011), im Mittelfeld. Dies kann dadurch erklärt werden, dass bei unseren Teilnehmern in den Gruppentherapie-Sitzungen die Themenauswahl gemischt gewählt wurde, sowohl vergangene wie auch gegenwärtige Angelegenheiten konnten besprochen werden. Gerade im Hinblick auf psychotraumatologisch begründeten Behandlungen bzw. im Hinblick auf Traumafolgestörungen ist bekannt,

dass Gruppentherapie bei den Betroffenen dann die besten Effekte hat, wenn sie Verhaltenstherapie- Elemente beinhaltet (Ruzek et al., 2001). Dessen ungeachtet zeigte sich, dass bei extrem traumatisierten Personen die Einzeltherapie immer noch vielversprechender als eine Gruppentherapie zu sein scheint (Salo, Punamäki, Quouta & El Sarraj, 2008). Die Psychotherapie ist bei traumaassoziierten Zuständen oft kompliziert und langandauernd, denn es gibt ein breites Spektrum von Traumafolgen, inklusive Ärger, Scham, Schuld, Misstrauen, sowie ein herabgesetztes Selbstwertgefühl (Ponniah, Hollon, 2009). Diese emotionalen Probleme gesellen sich zur Symptomlast der an PTBS Erkrankten, die so besonders stark unter belastender bzw. negativer Affektivität zu leiden haben (Classen et al., 2011). Hierin könnte eine Erklärung für den Befund liegen, dass gerade die psychopathologisch hoch Belasteten von der aufdeckenden und Emotionen mobilisierenden Behandlung nach psychoanalytischen Grundsätzen nicht so gut profitieren. Im Hinblick auf die hier zu diskutierenden Ergebnisse könnte es sein, dass die analytische Fundierung für die traumatisierten Teilnehmer einer Gruppe einen Nachteil darstellt, auch wenn der Einbezug kognitiver Elemente diesen zumindest teilweise aufgewogen haben könnte. In jedem Fall ist davon auszugehen, dass die vergleichsweise geringen Ausprägungen dissoziativer Symptome zu den moderaten Abbruchraten beigetragen haben könnte (Classen et al., 2011). Wahrscheinlich halfen das Fehlen eines Traumafokus, sowie ein aktiver Leiterstil bzw. die aktive Einbeziehung der Teilnehmer in das Gruppengeschehen bei der Gruppe zu bleiben. Hierdurch wurde deren Erfolg verbessert (Callahan, Price, Hilsenroth, 2004). Hinzu kommt sicherlich ein Gruppenleitungsstil, der durch Präsenz geprägt und strukturierend ist und somit regressive Tendenzen verringert. Ein strukturierter Stil wurde in Verbindung mit Verhaltenstherapie-Prinzipien als ein Faktor identifiziert, der Traumatisierten die Teilnahme an therapeutischen Gruppen

erleichtert (Mattke, 2008). In diesem Sinne haben sich auch ein Gefühl, in der Gruppe sicher zu sein, und der Glaube an eine Besserung der Symptomatik durch Psychotherapie als wichtig erwiesen (Lau & Kristensen; 2007). In unserer Studie zeigte sich der Trend, dass dissoziative Symptome vor allem die positive Erwartung an das Ergebnis einer Gruppentherapie unterminieren. Dies könnte ein wichtiger Hinweis zur Rolle posttraumatischer Symptome in stationären Psychotherapie-Settings sein.

Sowohl bei der BPS als auch bei der PTBS gelten die Komorbidität mit Depression bzw. affektiven Problemen und Schwierigkeiten beim Coping als Faktoren, die eine Chronifizierung begünstigen (Dunn et al., 2007). In diesem Sinne tragen sie vermutlich auch dazu bei, dass der Verlauf psychotherapeutischer Behandlungen bei diesen Patienten oft kompliziert und bisweilen für die Patienten enttäuschend ist. Natürlich ließe sich diese Aussage unter psychodynamischen Gesichtspunkten auch als ein Hinweis auf eine Reinszenierung eigener enttäuschender Erfahrungen mit primären Bezugspersonen interpretieren. Auch Layne et al. (2001) fand heraus, dass der GRQ das Behandlungsergebnis der Patienten mit PTBS vorhersagt und er nahm sogar an, dass sich auf dieser Basis Subgruppen innerhalb der Population mit Traumafolgestörungen unterscheiden lassen könnten. Burlingame et al. (2011) assoziiert genau diese Subskala mit einer geringeren Symptomverbesserung. Trotzdem wiesen die aktuellen Ergebnisse nicht auf eine starke Auswirkung von Trauma auf die erzielten GRQ-Scores in der vorliegenden Stichprobe hin, obwohl Traumatisierungen auch hier die psychopathologische Belastung stark erhöhen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigten auch, dass vor allem Symptome bzw. ihre additive Last mit dem GRQ korrelieren. Insofern erscheint der Einfluss der Traumatisierungen auf die Motivation zur Gruppenpsychotherapie eher ein indirekter Faktor zu sein. Ein solcher indirekter Einfluss kann der Grund sein, warum

individuelle bzw. Einzeltherapieformate den gruppentherapeutischen bei der Behandlung posttraumatischer Syndrome, wie bspw. der PTBS, überlegen sind (Burlingame et al., 2014). Dies gilt wohl gerade dann, wenn sie im GRQ initial hohe Scores (die einer eher negativen Einschätzung der Eignung zur GT entsprechen) erzielen. In diesen Fällen können beispielsweise auch Vorbereitungsgruppen helfen, bei der Gruppe zu bleiben bzw. in dieser eine tragfähige Beziehung zu knüpfen und Kohäsion zu erleben. Leiter solcher Gruppen sollten Mitgefühl und Verständnis ausdrücken, eine unterstützende Funktion einnehmen und genauere Erklärungen über die Funktion der Gruppentherapie abgeben. Das Ziel hierbei ist, diesen Patienten zu helfen, indem ihre ängstlichen Vorstellungen sowie negativen Erwartungen und Phantasien über Gruppentherapie abgebaut werden.

Newton-Howes et al. (2006) und Oquendo et al. (2003) fanden heraus, dass Trauma- Korrelate, wie bspw. Dissoziation, PTBS oder BPS die erfolgreiche Behandlung von psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen erschweren. Cloitre, Stovall- McClough, Miranda, Chemtob (2004) erklärten diese Interaktion damit, dass Mechanismen, welche mit der therapeutischen Beziehung assoziiert sind, beeinträchtigt werden können durch diese posttraumatischen Probleme wie z.B. eingeschränkte Möglichkeiten zur Entwicklung einer emotionalen Bindung. Die therapeutische Beziehung scheint von Beziehungserfahrungen der in ihr gebundenen Menschen geprägt zu sein, wobei individuelle interpersonelle Rollen oder Muster, das Selbstwertgefühl und andere als wichtige Determinanten genannt wurden (Smith et al., 2010). Umgekehrt betrachtet bedingen klinische Trauma- Korrelate oder ungünstige traumatisch vermittelte Beziehungsprägungen (wie posttraumatische Syndrome und BPS) nicht per se ein schwächeres Arbeitsbündnis in der interpersonellen Therapie (Smith et al., 2012). Prozesse der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der Zusammenarbeit, sowie ein Fokus auf Rollen und

Konflikte, können die Veränderungsmotivation stärken, die Erwartung einer erfolgreichen Therapie stimulieren und somit helfen, eine Besserung des faktischen Ergebnisses von interpersoneller Therapie herbeizuführen.

Zusammengefasst sollten sich weder Gruppenteilnehmer noch Gruppenleiter durch Traumakorrelate demotivieren lassen, auch wenn sich in diesem Störungskontext speziell für das Gruppensetting vorbereitende Interventionen empfehlen. Besonders wenn für die Gruppe avisierte Patienten unter einer dissoziativen Amnesie leiden. Zu bedenken ist auch, dass die Intensität bzw. Dosis der Gruppenpsychotherapie und ihr Anteil an der Gesamttherapie (mehr als zwei Drittel der therapeutischen Maßnahmen finden in Gruppen statt) in multimodalen Settings ebenfalls die Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Beendigung erhöhen kann (Panas, Caspi, Fournier, McCarty, 2003). Die aktuellen Ergebnisse zeigen, dass der GRQ geeignet ist, um damit Ergebnisse von Gruppentherapien vorherzusagen: Man konnte insbesondere die diesbezügliche Bedeutung der Erwartungssubskala herausstreichen und Unterschiede hinsichtlich der Gruppentherapiemotivation aufzeigen, und ferner darstellen, dass somit Traumakorrelate eine hintergründige und das Behandlungsergebnis potentiell kompromittierende Rolle spielen.

Es gilt, verschiedene Einschränkungen bei der Interpretation der aktuellen Querschnittsstudie zu beachten. Diese klinische Stichprobe ist klein, selektiert und nicht repräsentativ für alle Menschen mit posttraumatischer Erkrankung. Der Vergleich der jeweiligen Gruppen mit Traumafolgestörungen generiert vergleichsweise kleine Gruppen, die eine Generalisierung der vorliegenden Ergebnisse erschweren dürften. Dennoch spiegelt es solch ein erhöhtes Auftreten von Traumatisierungen wider, welche hinsichtlich der Pathologien und funktionellen Beeinträchtigungen für stationär in der Psychosomatischen Medizin und

Psychotherapie behandelte Patienten typisch sind (Gast et al., 2001). Vielleicht sind diese hierfür besser dimensional zu erfassen als eine Kategorie (Tyrer, et al. 2007). Der GRQ bezweckt als Fragebogen eine optimierte Indikationsstellung zur GT und die verstärkte Kontinuität der Teilnahme daran (im Gegensatz zum vorzeitigen Abbruch). In den verschiedenen Studien, welche dieses Instrument in der Vergangenheit nutzten, beruht der GRQ auf leicht veränderten Versionen. Teilweise ergeben sich Abweichungen hinsichtlich des Aufbaus von Subskalen und den Scoring-Prozeduren. Diese Tatsache sowie die kulturellen und sprachlichen Unterschiede zwischen den therapeutischen Settings und die unterschiedlichen therapeutischen Traditionen in verschiedenen Ländern (Löffler et al., 2007) können als Quelle der Varianz des komplexen, hier untersuchten Phänomens Motivation zur Gruppenpsychotherapie angesehen werden, die im Vergleich der verschiedenen Untersuchungen deutlich wird.

V LITERATURVERZEICHNIS

Antonovsky, A. (1987). „Salutogenese.“ Dt. Übersetzung 1997 von Antonovsky „Unraveling the mystery of health.“ Hrsg. A. Franke. dgvtv-Verlag Tübingen.

Bernstein, D.P. & Fink, L. (1998). „*Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report questionnaire and manual.*“ San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bolm, T., Staats, H., Dally, A. (2014). „Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse, S. 307-310.

Bootzin, R. R. (1985). „The role of expectancy in behavior change. In White, L., Schwartz, G. & Tursky, B. (Eds.), „Placebo: Clinical phenomena and new insights“ (pp. 196-210). New York: Guilford.

Boroske-Leiner, K., Hofmann, A., Sack, M. (2008). „Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen PTBS“, 58: 192-199.

Bremner, J. D., Randall, P. R., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, S. M., Delaney, R. C., McCarthy, G., Charney, D. S., Innis, R. B. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 152, 973-981.

Bremner, J.D., Narayan, M., Staib, I. H., Southwick, S. M., McGlashan, T. & Charney, D.S. (1999). Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1787-1795.

Brenneis, C.B. (1998) „Gedächtnissysteme und der psychoanalytische Abruf von Trauma-Erinnerungen.“ *Psyche – Z Psychoanal* 52: 801–823.

Brewin, C. (2003). „Posttraumatic Stress Disorder: Malady or myth?“ Yale University Press New Haven.

Burlingame, G.M., Fuhrman, A., Johnson, J. (2002) In Norcross, J. (ED) „A guide to psychotherapy relationships that work (pp71-88): Cohesion in group psychotherapy.“ Oxford: university press.

Burlingame, G. M., McKenzie, K. R. & Strauß, B. (2004). „Evidence-based small group treatments.“ In M. Lambert, A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.

Burlingame, G.M., Layne, C.M., Saltzman, W.R., Poppleton, L., Pasalic, A., Durakovic, E., Music, M., Campara, N., Dapo, N., Arslanagic, B., Steinberg, A.M., Pynoos, R.S. (2008) „Effectiveness of a school-based group psychotherapy program

for war-exposed adolescents: A randomized controlled trial.“ *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;47:1048–1062.

Burlingame, G.M., Layne, C.M., Cox, J.C., Davies, R., Gleave, R. (2011) „The group selection questionnaire: Further refinements in group member selection. „*Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 15, 16-74.

Burlingame, G., Davies, D., Cox, D., Baker, E., Pearson, M., Beecher, M., Gleave, R. (2012). „The Group Readiness Questionnaire Manual“. Salt Lake City, Utah: OQ Measures.

Burlingame, G.M., Strauss, B., Joyce, A.S. (2013) In Lambert, M.J. (ed.): „Bergins and Garfields handbook of psychotherapy and behaviour change: Change mechanisms and effectiveness of small group treatments.“ New York: Wiley.

Callahan, K.L., Price, J.L., Hilsenroth, M.J. (2004) „A review of interpersonal-psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse.“ *Int J Group Psychotherapy*, 54, 491-519.

Classen, C.C., Cavanough, C.E., Kaupp, J.W., Aggarwal, R., Palesh, O.G., Koopman, C., Kraemer, H.C., Spiegel, D. (2011) „A comparison of trauma-focused and present- focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse.“ *Psychological trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 3, 84-93.

Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Miranda, R., Chemtob, C.M. (2004) „Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder.“ *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72, 411-16.

Cox, J. C., Burlingame, G. M., Davies, D. R., Gleave, R., Barlow, S. & Johnson, J. (2004, February). „The group selection questionnaire: Further refinements in group member selection.“ Paper presented at the annual conference of The American Group Psychotherapy Association in New York City.

Dally, A., 2014. „Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse“, S. 81-83.

Davidson, J.R. (2000): „Trauma: the impact of posttraumatic stress disorder.“ *Journal of Psychopharmacology* 14; 2 Suppl 1; S5-12.

Davies, R., Seamam, S., Burlingame, G. M. & Layne, C. M. (2002, February). „Selecting adolescents for group-based trauma treatment using a self-report questionnaire.“ Paper presented at the annual meeting of the American Group Psycho- therapy Association, New Orleans, Louisiana.

Derogatis, L. R. (1977). „*SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*.“ Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.

Didi- Huberman, G. (1997) „Erfindung der Hysterie: Die photographische Klinik von Jean-Martin Charcot.“ Fink, München.

Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J.H., van Balkom, A.J, Veltman, D.J., Hoogendoorn, A.W., Draijer, N. (2012): „Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and

cognitive behavioural therapy: a multisite randomized controlled trial.“ *Child Abuse & Neglect*, 34, 284-288.

DSM-IV American Psychiatric Association (1994): „Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).“ Washington, DC: American Psychiatric Association.

DSM-V American Psychiatric Association (2013): „Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).“ Washington, DC: American Psychiatric Association.

Dunn, N.J., Rehm, L.P., Schillaci, J., Soucek, J., Mehta, P., Ashton, C.M., Yanasak, E., Hamilton, J.D. (2007) „A randomized trial of self-management and psychoeducational group therapies for comorbid chronic posttraumatic stress disorder and depressive disorder.“ *Trauma Stress*, 20, 221-37.

Eckert, J. (2007), „Empathie“. 72, 621-626.

Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2010) Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In Tschuschke, V. (Hrsg.), „*Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken*“ (290–295)“. Stuttgart: Thieme.

Eckhardt-Henn, A. (2015) „Dissoziative Störungen, Klinik- Neurobiologie und Psychodynamik- therapeutische Aspekte“, *Psychotherapie* 20. Jahrg. 2015, Bd 20-1, CIP-Medien, München, S.95-105.

Ehlers, A., Mayou, R. A. & Bryant, B. (1999). „Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents.“ *J Abnorm Psychol* 107, 508-519.

Fiedler, P. (2001) „Dissoziative Störungen und Konversion.“ *Psychologie Verlags Union*, Weinheim, S. 203.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., Wöller, W. (2011): „S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung.“ *Trauma & Gewalt* 3: 202-210, S.12.

Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986), „Treatment of anxiety disorders; Implications for psychopathology.“ In Tuma, A. H. & Maser, J.D. (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 451-452). Hillsdale, NJ, Erlbaum.

Foa, E. B. (1996). „PDS: The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale.“ *Manual*. Pearson Assessments.

Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.

Foy, D. W., Carroll, E. M. and Donahoe, C. P., Jr. (1987). „Etiological factors in the development of PTSD in clinical samples of Vietnam combat veterans.“ *J Clin Psychol* 43, 17-27.

Franke, G. H. (1995). „*SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*.“ Göttingen: Beltz Test.

Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1998). „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS).“ Testmanual. Göttingen: Hogrefe.

Friedman, W.H. (1989). „Practical group therapy: A guide for clinicians.“ San Francisco, CA: Jossey-Bass/Pfeiffer.

Friedmann A., Lueger-Schuster B., Vyssoki D. (2004) „Psychotrauma- die posttraumatische Belastungsstörung.“ Vol. 1, Wien, New York: Springer 29.

Frommberger, U., Stieglitz, R. D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E. and Berger, M. (1999). „The concept of „sense of coherence“ and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims.“ J Psychosom Res 46, 343-348.

Fuhrman, A. & Burlingame, G.M. (1994). „Group psychotherapy: Research and practice.“ In Fuhrman, A. & Burlingame, G.M. (Eds.), „Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis.“ New York: Wiley.

Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H.-H. & Driessen, M. (2001). „Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire (unautorisiert).“ Unveröffentlichtes Manuskript. *Medizinische Hochschule Hannover*.

Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., Emrich, H.M. (2001) „Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic.“ J Nerv Ment Dis, 189, 249-57.

Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. and Cohen, E. (1995). „Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents.“ J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34, 1369- 1380.

Giesbrecht T., Merckelbach, H. (2005) „Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma“, ein kritischer Überblick. *Nervenarzt*, 76:20–27.

Ginzburg, K., Butler, L.D., Giese-Davis, J., Cavanaugh, C.E., Neri, E., Koopman, C., Classen, C.C., Spiegel, D. (2009) „Shame, guilt, and posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood sexual abuse at risk for human immunodeficiency virus: outcomes of a randomized clinical trial of group psychotherapy treatment.“ J Nerv Ment Dis. 197, 536-42.

Harper, K., Richter, N.L., Gorey, K.M. (2009) „Group work with childhood sexual abuse.“ *Eating Behaviours*, 10, 45-48.

Heinzel, R., Breyer, F. & Klein T. (1998). „Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik,“ 34, 135.

Helliker, K. (2009). Nojoke: „Group therapy offers savings in numbers.“ *The Wall Street Journal*, March 24, 2009.

Hembree, E.A., Foa, E.B., Dorfman, N.M., Street, G.P., Kowalski, J., Tu, X. (2003) „Do patients drop-out prematurely from exposure therapy for PTSD?“ J Traumatic Stress, 16, 555-562.

Herman, J.L. (1992) „Complex PTSD: A syndrom in survivors of prolonged and repeated trauma.“ J Traumatic Stress 5:377–391.

Hinckeldey, S.F. „Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung.“ 2002, München: Reinhardt.

Johnson, J. E., Strauß B. & Bormann, B. (2008). „Die therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie.“ Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 44, 52-89.

Johnson, H., Hougaard, E. (2008) „Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive- Compulsive Disorder.“ Acta Psychiatrica Scand, 119, 98-106.

Kaul, T.J. & Bednar, R. L. (1994). „Pretraining and structure: Parallel lines yet to meet.“ In Fuhrman, A. & Burlingame, G.M. (Eds.), Handbook of group psychotherapy: „An empirical and clinical synthesis.“ New York: Wiley.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995): „Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.“ Archives of General Psychiatry 52; 1048 – 1060.

Kunzke D., Güls F. (2003) „Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen im Erwachsenenalter, Psychotherapeut“. 48:50-70, Springer Verlag.

Lang, P. (1979), „A bioinformational theory of emotional imagery“. Psychophysiology. 6: p. 495-512.

Lau, M., Kristensen, E. (2007) „Outcome of systematic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse.“ Acta Psychiatrica Scandinavica, 116, 96-104.

Layne, C.M., Pynoos, R.S., Saltzmann, W.R., Arslanagic, B., Black, M., Savjak, N. et al. (2001) „Trauma/grief- focused group psychotherapy: School based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents.“ Group Dynamics, 5, 277-290.

Leichsenring, F. (1997): „Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI).“ Göttingen: Hogrefe.

Löffler, J., Bormann, B., Burlingame, G., Strauß, B. (2007) „Patient Selection for Group Therapy – A Validation Study of the Group selection Questionnaire in German Clinical Samples.“ Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55, 75-86.

March, J.S. (1993). „What constitutes a stressor? The „criterion A“ issue.“ In Davidson, J.R.T. & Foa, E. B. (Eds.), Posttraumatic stress disorder. DSM-IV and beyond (pp. 13-28). Washington, DC: American Psychiatric Press.

McKenzie, K.R. (1997). „Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications.“ Washington, DC: American Psychiatric Association.

McNair, R.R. & Coarazzini, J.G. (1994). „Client factors influencing group therapy

drop-out.“ *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 352-362.

McNair-Semands, R.R. (2002) „Predicting attendance and expectations for group therapy.“ *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 6, 319-28.

McRoberts, C., Burlingame, G. M. & Hoag, M. J. (1998). „Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A metaanalytic perspective.“ *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 2, 101-117.

Maercker, A. (1997) „Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung.“ Vol. 1., Berlin, Heidelberg, New York Springer.

Maercker, A., Muller, J. (2004). „Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure a recovery factor of PTSD.“ *J Trauma Stress* 17, 345- 351.

Mattke, D. (2008): „Nebenwirkungen psychodynamischer Gruppentherapie“, S.5, Tab.1.

Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T. (2006) „Personality disorder and the outcome of depression: metaanalysis of publishes studies.“ *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 188, 13-20.

Özkan, I., Sachsse, U., Streeck-Fischer, A. (2000) „Körper-Seele-Trauma“, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Panas, L., Caspi, Y., Fournier, E., McCarty, D. (2003) „Performance measures for outpatient substance abuse services.“ *J Substance Abuse Treatment*, 25, 271-278.

Piper, W.E., Joyce, A.S., Rosie, J.S., Azim, H.F.A. (1994) „Psychological mindedness, work, and outcome in day treatment.“ *Int Journal of Group Psychotherapy*, 44, 291-311.

Piper, W.E. & McCallum, M. (1994). „Selection of patients for group interventions. „In H. S. Bemard & K. R. McKenzie (Eds.), *Basics of group psychotherapy* (pp. 1-34). New York: Guilford.

Ponniah, K., Hollon, S.D. (2009). „Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review.“ *Depression and Anxiety* 26: 1086-1109.

Reddemann, L., Sachsse, U. (2000) „Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline- Persönlichkeitsstörung.“ In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, S 555–571, 1997.

Resick, P.A., Bovin, M.J., Calloway, A.L., Dick, A.M., King, M.W., Mitchell, K.S., Suvak, M.K., Wells, S.Y., Stirman, S.W., Wolf, E.J. (2012) „A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-V.“ *J Trauma Stress*, 25, 241-51. doi: 10.1002 / jts.21699.

Riecher-Rössler, A., Bitzer, J. (2004) *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Urban & Fischer, München.

Ruzek, J.I., Riney, S.J., Leskin, G., Drescher, K.D., Foy, D.W., Gusman, F.D. (2001) „Do posttraumatic stress disorder symptoms worsen during trauma focus group treatment?“ *Military Medicine*, 166:989-902.

Sachsse, U. (2013) „Hinterlassen seelische Schädigungen in der Kindheit neurobiologische Spuren im erwachsenen Gehirn?“ *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*: Band 62, Ausgabe 10, S. 778-792.

Sack, M., Hofmann, A. (2001): „Das Interview zur komplexen PTBS (IK-PTBS).“ unveröffentlichte Forschungsversion.

Salo, J., Punamäki, R.L., Qouta, S., El Sarraj, E. (2008) „Individual and group treatment and self and other representations predicting posttraumatic recovery among former political prisoners.“ *Traumatology*, 14, 45-61.

Seiler, T. B. (2012), „Evolution des Wissens“- S.128.

Shalev, A.Y., Bonne, O., Eth S (1996): „Treatment of posttraumatic stress disorder: a review.“ *Psychosomatic Medicine* 58; 165-182.

Smith, A.E., Msetfi, R.M., Golding, L. (2010) „Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review.“ *Clinical Psychology Review*, 30, 326-337.

Smith, P.N., Gamble, S.A., Cort, N.A., Ward, E.A., He, H., Talbot, N.L. (2012) „Attachment and alliance in the treatment of depressed, sexually abused women.“ *Depress Anxiety*, 29, 123- 30.

Stein, M.B., Höfler, M., Perkonig, A. et al. (2002) Patterns of incidence and psychiatric risk factors for traumatic events. *Int J Methods Psychiatr Res* 11: 143–153.

Strauß, B. & Mattke, D. (2012): „Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis“, Springer Verlag, S. 62; S. 78.

Stone, W.N., Blaze, M. & Buzzuto, J. (1980). „Late drop-outs from group psychotherapy“. *American Journal of Group Psychotherapy*, 34,401-413.

van der Kolk, B.A., Burbridge, J.A., Suzuki, J. (1998) „Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung.“ In: Streeck- Fischer, A. (Hrsg.) *Adoleszenz und Trauma*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 57–78.

van der Kolk, Pelcovitz, Herman, Roth, Kaplan, Waldinger, Guastela, Spitzer (1999): „Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung- IK-PTBS.“ Erstellt auf Grundlagen des SIDE - Interviews.

van der Kolk, B.A. (2002) In R. Yehuda (Editor): „Treating Trauma Survivors with PTSD“, Washington, D.C. : American Psychiatric Press.

Vogel, M., Schatz, D., Spitzer, C. et al. (2009) „A more proximal impact of dissociation than of trauma and posttraumatic stress disorder on schneiderian

symptoms in patients diagnosed with schizophrenia." Compr Psychiatry 50: 128-134.

Vermetten, E. & Bremner, J. D. (2002). „Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder.“ Depress Anxiety 16, 14-38.

Watson, P. J., Shalev, A. Y. (2005). „Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events.“ CNS Spectr 10, 123-131.

Wessa, M., Flor, H. (2002) „Posttraumatische Belastungsstörung und Traumagedächtnis – eine psychobiologische Perspektive.“ Psychosom Med Psychother 48:28–37.

Wilson, J.P., Raphael, B. (Eds.) (1993) „International Handbook of Traumatic Stress Syndromes.“ Plenum Press, New York.

Woods, M., Melnick, J., (1979) „A review of group therapy selection criteria. Small Group“, 35.

Yalom, I.D. (1966) „A study of group drop-outs. Archives of general psychiatry“, 14, 393-414.

Yalom, I. D. (1995). „The theory and practice of group psychotherapy (4th ed.) “. New York: Basic Books.

Yalom, I.D.& Spira, J.L. (1996): „Treating Dissociative Identity Disorder.“ San Francisco: Jossey- Bass.

Yalom, I.D., Leszcz, M. (2006) „The theory and practice of group therapy (5th ed.)“. New York: Basic Books.

Zanarini, M.,C., Frankenburg, F.R. (1997) „Pathways to the development of borderline personality disorder.“ J Pers Disord, 1997, 11, 93–104.

VI THESEN

Die vorliegende Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen Traumakorrelaten und Eignung zur Gruppentherapie, wobei die Hypothese überprüft wird, dass psychosomatische Patienten mit Traumatisierungen im Rahmen komplexer bzw. komplex-dissoziativer Traumafolgestörungen schlechtere Voraussetzungen haben als Patienten mit einfachen Traumafolgestörungen. Es soll dargestellt werden, wie psychische Folgen einer Traumatisierung die Haltung, Motivation oder die Antizipation gegenüber von Gruppentherapie verändern bzw. prägen. Anhand der Ergebnisse des Fragebogens Group Readiness Questionnaire (GRQ) und des Interviews zur Diagnostik der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS) wird analysiert, ob Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) oder ohne PTBS mehr von der Gruppentherapie profitieren.

Auch hinsichtlich der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) geht man von besseren gruppentherapiebezogenen Behandlungsvoraussetzungen aus als bezüglich der komplexen PTBS. Zudem wird in Verbindung mit den obigen Hypothesen entsprechende Auswirkungen auf den Outcome und die Rate vorzeitig beendeter Therapien erwartet.

Der aktuellen Erkenntnis nach ist dies die erste Studie, die diese Fragestellung untersucht.

VII ANHANG

7.1

CTQ

CTQ

Anleitung

Diese Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten. Kreisen Sie dazu bitte für jede Frage die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie Sie rückblickend die Situation einschätzen.

Antwortbeispiel: 1 2 3 4 5

Als ich aufwuchs...

Trifft auf mich zu...

über- sehr einige häufig sehr
haupt selten Male häufig
nicht

1. ...hatte ich nicht genug zu essen.	1	2	3	4	5
2. ...wußte ich, daß sich jemand um mich sorgte und mich beschützte.	1	2	3	4	5
3. ...bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „häßlich“.	1	2	3	4	5
4. ...waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.	1	2	3	4	5
5. ...gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.	1	2	3	4	5
6. ...mußte ich dreckige Kleidung tragen.	1	2	3	4	5
7. ...hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	1	2	3	4	5
8. ...glaubte ich, daß meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren.	1	2	3	4	5
9. ...wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, daß ich zum Arzt oder ins Krankenhaus mußte.	1	2	3	4	5
10. ...gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.	1	2	3	4	5
11. ...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, daß ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	1	2	3	4	5

Als ich aufwuchs...

Trifft auf mich zu...

	über- haupt nicht	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
12. ...wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	1	2	3	4	5
13. ...gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht.	1	2	3	4	5
14. ...sagten Personen aus meiner Familie verletzend oder beleidigende Dinge zu mir.	1	2	3	4	5
15. Ich glaube, ich bin körperlich mißhandelt worden, als ich aufwuchs.	1	2	3	4	5
16. ...hatte ich eine perfekte Kindheit.	1	2	3	4	5
17. ...wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, daß es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.	1	2	3	4	5
18. ...hatte ich das Gefühl, es haßte mich jemand in meiner Familie.	1	2	3	4	5
19. ...fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.	1	2	3	4	5
20. ...versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.	1	2	3	4	5
21. ...drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.	1	2	3	4	5
22. ...hatte ich die beste Familie der Welt.	1	2	3	4	5
23. ...versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.	1	2	3	4	5
24. ...belästigte mich jemand sexuell.	1	2	3	4	5
25. Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) mißbraucht worden, als ich aufwuchs.	1	2	3	4	5
26. ...gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	1	2	3	4	5
27. Ich glaube, ich bin sexuell mißbraucht worden, als ich aufwuchs.	1	2	3	4	5
28. ...war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung.	1	2	3	4	5

7.2 FDS: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen

Dieser Fragebogen besteht aus 44 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Um die Fragen zu beantworten, markieren Sie bitte durch **Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl**, die zeigt, wie oft Ihnen so was passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

Beispiel:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

1. Einige Menschen fahren gelegentlich mit einem Auto, einem Bus oder einer U-Bahn und stellen plötzlich fest, dass sie sich nicht daran erinnern können, was während der Fahrt geschehen ist. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

2. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie jemandem zuhören und plötzlich erkennen, dass sie von dem, was gesagt worden ist, nichts oder nur Teile gehört haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

3. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

4. Einige Menschen stellen manchmal fest, Kleidungsstücke zu tragen ohne sich daran zu erinnern, diese angezogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

5. Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppelt- oder Schleiersehen, blind auf einem oder beiden Augen), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

7. Einige Menschen haben manchmal das Gefühl, als betrachten sie die Welt durch einen Schleier, so dass Personen und Gegenstände weit entfernt, undeutlich oder unwirklich erscheinen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

8. Einige Menschen fühlen sich gelegentlich wie Roboter. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

9. Einige Menschen glauben manchmal, von einem Geist oder einer magischen Kraft beherrscht zu werden, und sie verhalten sich dann vollkommen anders als normalerweise. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

10. Einige Menschen erleben gelegentlich, dass sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

11. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

12. Einige Menschen glauben manchmal, dass in ihrem Inneren eine andere Person existiert, für die sie einen Namen haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

13. Einige Menschen haben gelegentlich Probleme mit dem Hören (z.B. lästige Ohrgeräusche, taub auf einem oder beiden Ohren), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

14. Einigen Menschen passiert es zuweilen, dass sie plötzlich heiser sind oder gar nicht mehr sprechen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

15. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sich (plötzlich) ihre Handschrift vollkommen verändert. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

16. Einige Menschen sind sich gelegentlich nicht sicher, ob Ereignisse, an die sie sich erinnern, wirklich geschehen sind oder ob sie diese lediglich geträumt haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

17. Einige Menschen bemerken zuweilen, dass sie beim Fernsehen oder Anschauen eines Filmes so in der Geschichte aufgehen, dass sie andere Dinge, die um sie herum geschehen, nicht wahrnehmen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

18. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie Dinge getan haben, an die sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

19. Einige Menschen finden manchmal Schriftstücke, Zeichnungen oder Notizen unter ihren persönlichen Gegenständen, die von ihnen stammen, an deren

Anfertigung sie sich jedoch nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

20. Einige Menschen stellen zeitweise fest, dass sie sich so sehr in eine Phantasiegeschichte oder einen Tagtraum hineinversetzen, dass sie den Eindruck haben, diese geschähen wirklich. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

21. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen, Dinge zu tun oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

22. Einige Menschen stellen zuweilen fest, dass sie sich nicht an wichtige Ereignisse in ihrem Leben erinnern können, wie z.B. an eine Hochzeit oder eine Schulabschlussfeier. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

23. Einige Menschen spüren manchmal Körperteile nicht mehr oder erleben eigenartige Gefühle wie z.B. Brennen, Kribbeln oder Taubheit, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

24. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass sie für Stunden oder Tage ihre gewohnte Umgebung verlassen, ohne den Grund oder Anlass dafür zu wissen (ohne sich daran erinnern zu können, aus welchem Grund oder Anlass sie dies getan haben). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

25. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass ihre Beine oder Arme sehr schwach sind oder sie ihre Gliedmaße gar nicht mehr bewegen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

26. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass man ihnen vorwirft zu lügen, obwohl sie selbst der festen Überzeugung sind, nicht gelogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

27. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, dass sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

28. Einige Menschen bemerken manchmal, dass sie fähig sind, Schmerzen zu ignorieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

29. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass sie Bewegungen nicht mehr koordinieren und kontrollieren können (z.B. greifen sie daneben), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

30. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf oder Erhalt sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

31. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sich ihnen irgend jemand nähert, der sie mit einem anderen Namen anspricht oder der darauf besteht, sie bereits einmal getroffen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

32. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl (oder den Eindruck), dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

33. Einige Menschen erleben manchmal, dass sie laut mit sich selbst sprechen, wenn sie alleine sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

34. Einige Menschen erleben gelegentlich, dass sie sich nicht erinnern können, ob sie etwas wirklich getan haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, etwas zu tun (z.B. wissen sie nicht, ob sie einen Brief wirklich eingeworfen haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, ihn einzuwerfen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

35. Einigen Menschen passiert es zuweilen, dass sie stunden- oder tagelang fast völlig bewegungslos dasitzen, fast nicht sprechen, sich fast nicht bewegen und auch auf äußere Reize, wie z.B. laute Geräusche, nicht richtig reagieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

36. Einige Menschen werden gelegentlich bewusstlos, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

37. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie in bestimmten Situationen in der Lage sind, Dinge mit erstaunlicher Leichtigkeit und Spontaneität zu tun, die ihnen normalerweise schwer fallen würden (z.B. Sport, Arbeit, soziale Situationen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

38. Einige Menschen erinnern sich manchmal so lebhaft an ein vergangenes Ereignis, dass sie das Gefühl haben, dieses Ereignis erneut zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

39. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie einfach dasitzen und ins Leere starren, an nichts denken und nicht bemerken, wie die Zeit vergeht. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

40. Einige Menschen erleben gelegentlich, wie sie beim Stehen und Gehen unsicher werden, eigenartige Bewegungen machen oder sich plötzlich gar nicht mehr bewegen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

41. Einige Menschen stellen manchmal fest, an einem vertrauten Ort zu sein und ihn dennoch als fremd und unbekannt zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

42. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, dass sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

43. Einige Menschen erleiden manchmal Krampfanfälle, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

44. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass sich Körperteile (in ihrer Größe) verändern (z.B. werden ihre Arme unförmig oder immer größer). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

7.3

BPI

Anleitung

Auf den folgenden Seiten ist eine Reihe von Sätzen angeführt, mit denen Sie sich selbst beschreiben können. Trifft ein Satz für Sie zu, kreuzen Sie bitte „ja“ an, trifft er nicht zu, machen Sie ihr Kreuz bitte bei „nein“. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch anders ist. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

1. Bedenken Sie bitte, daß es nicht darum geht, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck“ macht. Es geht darum, daß Sie sich selbst möglichst genau beschreiben. Manche Fragen sind sicher sehr persönlich. Bedenken Sie aber bitte, daß Ihre Antworten *absolut vertraulich* behandelt werden.
2. Natürlich können in einem kurzen Satz nicht alle Besonderheiten erfaßt werden. Vielleicht passen deshalb einige Sätze nicht sehr gut auf Sie. Wir möchten Sie aber bitten, trotzdem *jeden Satz* anzukreuzen, und zwar so, wie es für Sie *persönlich noch am ehesten* zutrifft.

Name:

Vorname:

Geschlecht: männlich ☐

weiblich ☐

Alter: Jahre

Schulabschluß:

erlernter Beruf:

zur Zeit ausgeübter Beruf:

.....
(Datum)

	ja	nein
1. Ich habe öfters Panikanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. In den letzten drei Monaten konnte mich gefühlsmäßig nichts berühren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich frage mich häufig, wer ich eigentlich bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich mache öfters riskante Sachen, die mich hinterher in Schwierigkeiten bringen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich fühle mich eingeengt, wenn andere sich viel um mich kümmern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Manchmal kommt in mir eine andere Person zum Vorschein, die gar nicht zu mir gehört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe schon einmal seltsame Gestalten oder Visionen gesehen, obwohl niemand da war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Manchmal habe ich das Gefühl, daß die Leute und die Dinge um mich herum unwirklich sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Meine Gefühle gegenüber anderen Menschen schlagen häufig ins Gegenteil um, z. B. von Liebe und Bewunderung zu Haß und Enttäuschung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich fühle mich oft wertlos oder hoffnungslos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich habe schon öfters Geld verschwendet oder verspielt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich habe schon einmal Stimmen gehört, die über mich sprachen, obwohl niemand da war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Falls ja: Diese Stimmen kamen von (bitte ankreuzen):		
a) außen	<input type="radio"/>	
b) innen	<input type="radio"/>	
14. In engen Beziehungen werde ich immer wieder verletzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Manchmal kommen Seiten in mir zum Vorschein, die gar nicht zu mir passen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, daß ich wie eine Marionette von außen gelenkt oder kontrolliert werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich habe schon einmal jemanden körperlich angegriffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, daß meine Gedanken laut werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Manchmal fühle ich mich schuldig, als hätte ich ein Verbrechen begangen, das ich gar nicht begangen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ich habe mir schon einmal selbst absichtlich körperliche Verletzungen zugefügt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

☐
ID

☐
N

☐
AB

☐
R

☐
Cut-20

- ja nein
21. Manchmal habe ich das Gefühl, daß die Leute oder die Dinge ihr Aussehen ändern, obwohl sie es nicht wirklich tun ☐ ☐
 22. Ich hatte schon einmal besonders intensive religiöse Erlebnisse ☐ ☐
 23. Ich bin mir oft unsicher, wie meine Liebesbeziehungen sein sollen ☐ ☐
 24. Manchmal fühle ich mich auserwählt, z. B. wie ein Prophet ☐ ☐
 25. Wenn eine Beziehung enger wird, fühle ich mich in der Falle ☐ ☐
 26. Ich habe schon einmal die Anwesenheit einer Person gespürt, obwohl sie nicht wirklich da war ☐ ☐
 27. Manchmal kommt mir mein Körper oder Körperteile fremd oder verändert vor ☐ ☐
 28. In engen Beziehungen erreiche ich oft einen Punkt, wo es mir zu nah wird und ich die Beziehung abbreche ☐ ☐
 29. Manchmal habe ich den Verdacht, daß die anderen es besonders auf mich abgesehen haben ☐ ☐
 30. Ich habe schon oft Drogen (z. B. Haschisch oder LSD) genommen ☐ ☐
 31. Es macht mir insgeheim Spaß, Macht über andere auszuüben ☐ ☐
 32. Manchmal habe ich das Gefühl, daß ich etwas Besonderes bin ☐ ☐
 33. Manchmal habe ich das Gefühl auseinanderzufallen ☐ ☐
 34. Manchmal fällt es mir schwer zu unterscheiden, ob etwas wirklich geschehen ist oder ob ich es mir nur eingebildet habe ☐ ☐
 35. Ich handele oft spontan, ohne lange nachzudenken, was passieren könnte ☐ ☐
 36. Manchmal fühle ich mich selbst unwirklich ☐ ☐
 37. Manchmal habe ich das Gefühl, daß mein Körper sich auflöst oder mir ein Körperteil fehlt ☐ ☐
 38. Ich habe öfters erschreckende Träume ☐ ☐
 39. Es kommt mir öfters so vor, als würde die anderen über mich reden oder lachen ☐ ☐
 40. Die anderen erscheinen mir oft feindselig ☐ ☐
 41. Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, daß andere mir ihre Gedanken eingeben ☐ ☐
 42. Ich weiß häufig nicht, was ich eigentlich wirklich will ☐ ☐

☐

ID

☐

N

☐

AB

☐

R

☐

Cut-20

- ja nein
43. Ich habe schon einmal einen Selbstmord-Versuch begangen ☐ ☐
44. Manchmal glaube ich, daß ich eine schwere körperliche Krankheit habe ☐ ☐
45. Ich war schon einmal abhängig von Alkohol, Drogen oder Tabletten ☐ ☐
Zutreffendes bitte ankreuzen:
- a) Alkohol ☐
- b) Drogen ☐
- c) Tabletten ☐
46. Manchmal habe ich das Gefühl, daß ich in einem Traum oder in einem Film lebe, der an mir vorbeizieht ☐ ☐
47. Ich habe schon öfters etwas gestohlen ☐ ☐
48. Ich habe öfters richtige Heißhungeranfälle und schlinge alles in mich rein ☐ ☐
49. Ich bin oft unsicher über (bitte ankreuzen):
- a) politische Fragen ☐ ☐
- b) religiöse Fragen ☐ ☐
- c) moralische Fragen (Gut u. Böse) ☐ ☐
50. Ich habe manchmal mörderische Vorstellungen ☐ ☐
51. Ich bin schon einmal mit dem Gesetz in Konflikt gekommen ☐ ☐
52. Sind irgendwelche der in den angegebenen Sätzen beschriebenen Erlebnisse unter Drogen aufgetreten? ☐ ☐
Wenn ja, geben Sie bitte die Nummern der betreffenden Sätze an.
- Nr.: _____
53. Sind irgendwelche der in den angegebenen Sätzen beschriebenen Erlebnisse während einer Psychotherapie aufgetreten? ☐ ☐
Wenn ja, geben Sie bitte die Nummern der betreffenden Sätze an.
- Nr.: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID	N	AB	R	Cut-20

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesamt- werte
ID	N	AB	R	Cut-20	Summe 1-51	

7.4.



25644

PDS



1

Messzeitpunkt

☐ t1 ☐ t2 ☐ t3 ☐ t4 ☐ t5

TEIL 1

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeuge eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

1. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück) ☐ ja ☐ nein
2. Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben) ☐ ja ☐ nein
3. Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen) ☐ ja ☐ nein
4. Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen) ☐ ja ☐ nein
5. Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung) ☐ ja ☐ nein
6. Sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung) ☐ ja ☐ nein
7. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet ☐ ja ☐ nein
8. Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten) ☐ ja ☐ nein
9. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel) ☐ ja ☐ nein
10. Folter ☐ ja ☐ nein
11. Lebensbedrohliche Krankheit ☐ ja ☐ nein
12. Anderes traumatisches Ereignis
Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis: ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet:

Nr.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS (wenn Sie nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben mit "schlimmstes Erlebnis" dieses Ereignis gemeint). Wenn Sie keines der Erlebnisse hatten, brauchen Sie keine weiteren Fragen zu beantworten.



25644



2

TEIL 2

Wann hatten Sie dieses schlimmste Erlebnis?
(Bitte kreuzen Sie eine der Antwortmöglichkeiten an)

- ☐ vor weniger als einem Monat
- ☐ vor 1 bis 3 Monaten
- ☐ vor 3 bis 6 Monaten
- ☐ vor 6 Monaten bis 3 Jahren
- ☐ vor 3 bis 5 Jahren
- ☐ vor mehr als 5 Jahren

Bitte kreuzen Sie für die folgenden Fragen JA oder NEIN an:

Während des schlimmsten Ereignisses ...

- 1. ... wurden Sie körperlich verletzt? ☐ ja ☐ nein
- 2. ... wurde jemand anders körperlich verletzt? ☐ ja ☐ nein
- 3. ... dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war? ☐ ja ☐ nein
- 4. ... dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war? ☐ ja ☐ nein
- 5. ... fühlten Sie sich hilflos? ☐ ja ☐ nein
- 6. ... hatten Sie starke Angst oder waren Sie voller Entsetzen? ☐ ja ☐ nein

TEIL 3

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Ereignissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0 - 3) aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie IM LETZTEN MONAT (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten Sie dabei auf Ihr schlimmstes Erlebnis beziehen.

Dabei bedeutet

0 = überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat

1 = einmal pro Woche oder seltener/ manchmal

2 = 2 bis 4 mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit

3 = 5 mal oder öfter pro Woche/ fast immer

- 1. Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- 2. Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über das Erlebnis? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- 3. War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- 4. Belastete es Sie, wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig usw.)? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- 5. Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3



25644



3

- 0 = überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat
1 = einmal pro Woche oder seltener/ manchmal
2 = 2 bis 4 mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit
3 = 5 mal oder öfter pro Woche/ fast immer

6. Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
7. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
8. Konnten / können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
9. Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
10. Fühlten Sie sich Menschen in Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
11. Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen zu können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
12. Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie im Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder kein langes Leben haben werden)? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
13. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
14. Waren Sie reizbar oder hatten Sie Wutausbrüche? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
15. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. während eines Gespräches in Gedanken abschweifen; beim Ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
16. Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen; usw.)? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
17. Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Wie lange haben Sie schon die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben?
(Bitte kreuzen Sie eine der Antwortmöglichkeiten an)

- ☐ weniger als einen Monat
- ☐ 1 bis 3 Monate
- ☐ über 3 Monate

Wann nach dem traumatischen Erlebnis traten diese Probleme auf?
(Bitte kreuzen Sie eine der Antwortmöglichkeiten an)

- ☐ innerhalb der ersten 6 Monate
- ☐ nach 6 Monaten und später



25644



4

TEIL 4

Bitte geben Sie an, ob die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben, Sie IM LETZTEN MONAT in den unten aufgeführten Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt haben. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn eine Beeinträchtigung vorlag, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Arbeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Hausarbeit und Haushaltspflichten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Beziehungen zu Freunden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Unterhaltung und Freizeitaktivitäten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. (Hoch-)Schule / Ausbildung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Beziehungen zu Familienmitgliedern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Erotik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Allgemeine Lebenszufriedenheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

7.5 Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)

Erstellt auf der Grundlage des SIDES-Interviews. Autoren: Van der Kolk, Pelcovitz, Herman, Roth, Kaplan, Waldinger, Guastela, Spitzer (1999); dt. Übersetzung und Bearbeitung: Sack, Hofmann (2001)

Bitte lesen Sie die Fragen im Interview laut vor. Eingeschätzt werden soll das Vorliegen der entsprechenden Symptomatik im letzten Monat. Eine kurze Beschreibung der Bewertungskriterien findet sich in Klammern.

Kodierung:

1 = nicht vorhanden

2= vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt

3= sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt

? = zu wenig Information, nicht einschätzbar

Instruktion:

Ich lese Ihnen einige Aussagen vor, die Schwierigkeiten beschreiben, die manche Menschen nach schweren Belastungen erleben. Bitte geben Sie an, ob die Aussage in bezug auf den letzten Monat zutrifft.

I. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen

a) Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit sich selbst zu beruhigen

1.) Sind Sie schon durch kleine Probleme aus der Fassung zu bringen? Werden Sie beispielsweise schon bei einer geringen Frustration wütend, oder weinen Sie leicht?

(Übermäßig starke emotionale Erregung schon bei geringem Anlaß)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

2.) Haben Sie Schwierigkeiten, wieder Abstand zu gewinnen und sich zu beruhigen, wenn Sie innerlich aufgewühlt sind?

(Unfähigkeit Abstand von belastenden Emotionen zu gewinnen)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

3.) Fällt es Ihnen schwer, Möglichkeiten zu finden, um zur Ruhe zu kommen?

(Beruhigung erfordert ganze Energie oder Einsatz extremer Mittel z.B.
Alkohol, Drogen, Selbstverletzendes Verhalten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen

4.) Sind Sie meistens irgendwie ärgerlich?

(Ärger dominiert so sehr, daß die Erledigung von Alltagsaufgaben behindert wird)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

5.) Haben Sie Gedanken und Vorstellungen, jemanden zu verletzen?

(Zumindest täglich Gedanken andere Menschen zu verletzen)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

6.) Fällt es Ihnen schwer, Ihren Ärger zu kontrollieren?

(Anschreien von anderen Menschen, Werfen von Gegenständen oder körperlicher
Angriff)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

**7.) Machen Sie sich Sorgen darüber, wie andere Leute reagieren wenn sie merken,
wieviel Wut Sie in sich haben?**

(Äußert oder zeigt einer anderen Person niemals offen Ärger)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

c) Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen

**8.) Passieren Ihnen häufig Unfälle oder kommen Sie oft nur knapp daran vorbei,
einen Unfall zu haben?**

(Mindestens 2 ernsthafte Unfälle in den letzten 6 Monaten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

9.) Sind Sie nachlässig, was Ihre Sicherheit betrifft?

(Es werden nicht-kalkulierbare Risiken in Bezug auf potentiell gefährliche Personen oder unsichere Orte eingegangen)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

10.) Haben Sie versucht, sich absichtlich selbst zu verletzen, etwa durch Schnittverletzungen oder Verbrennungen?

(Selbstverletzen in der Form von Kneifen, Kratzen, Schlagen, Schneiden u.a.)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

d) Suizidalität

11.) Haben Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

(Suizidversuch, parasuizidale Handlungen oder häufige Suizidgedanken)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

e) Störungen der Sexualität

12.) Ist es Ihnen unangenehm, körperlich berührt zu werden?

(Körperliche Berührungen werden regelmäßig vermieden oder überhaupt nicht toleriert)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

13.) Vermeiden Sie es, an Sexualität zu denken oder sich sexuell zu betätigen?

(Gedanken an Sex oder Sexualekontakte werden vermieden oder können überhaupt nicht toleriert werden)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

14.) Denken Sie mehr an Sex, als Ihnen lieb ist, bzw. fühlen Sie eine Art inneren Zwang, sich sexuell zu betätigen?

(Die gedankliche Beschäftigung mit Sex verhindert die Teilnahme hat zwanghafte Züge und verhindert die Teilnahme an anderen Aktivitäten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

15.) Gehen Sie sexuelle Kontakte ein, bei denen Sie wissen, daß Sie sich dabei möglicherweise in Gefahr bringen?

(Offensichtliche Gefahr und Bedrohung wird allenfalls retrospektiv erkannt, bzw. der Betreffende bringt sich selbst wissentlich im Zusammenhang mit sexuellen Kontakten in Gefahr)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

f) Exzessives Risikoverhalten

16.) Setzen Sie sich gefährlichen Situationen aus? Kommen Sie beispielsweise mit Leuten zusammen, die Ihnen etwas antun könnten, oder halten Sie sich an unsicheren Orten auf oder fahren Sie zu schnell?

(Erkennt offensichtlich gefährliche Situationen und Bedrohung allenfalls retrospektiv, oder bringt sich wissentlich selbst in Gefahr)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

II) Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins

a) Amnesien

17.) Können Sie sich an Teile Ihres Lebens nicht erinnern? Sind sie beispielsweise unsicher, ob bestimmte wichtigen Dinge Ihnen tatsächlich passiert sind oder nicht?

(Bedeutende Gedächtnislücken im Alltag oder längere Perioden fehlender Erinnerung in Bezug auf die Lebensgeschichte)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Dissoziative Episoden und Depersonalisation

18.) Haben Sie Schwierigkeiten, Ihren Alltag zu planen und zu organisieren?

(Kommt ständig zur falschen Zeit an den falschen Ort, bzw. hat deshalb Schwierigkeiten in der alltäglichen Lebensführung)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

19.) Klinken Sie sich innerlich aus der realen Welt aus, wenn Sie Angst haben oder unter Streß stehen?

(Derealisation mit Rückzug in eine eigene Welt oder Gefühl, als ob die eigene Existenz aufhört)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

20.) Empfinden Sie sich manchmal als unwirklich, so als wären Sie in einem Traum oder als wären Sie gar nicht wirklich anwesend?

(Depersonalisation mit starkem Gefühl von Irrealität, verbunden mit Schwierigkeiten in die Wirklichkeit zurückzukehren)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

21.) Haben Sie manchmal das Gefühl, daß es in Ihnen mehrere Personen gibt, die zu verschiedenen Zeiten steuern, wie Sie sich verhalten?

(Unterschiedliche Persönlichkeitsanteile kämpfen um Kontrolle des Verhaltens oder kontrollieren dieses zu unterschiedlichen Zeiten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

III. Störungen der Selbstwahrnehmung

a) Unzureichende Selbstfürsorge

22.) Haben Sie das Gefühl, daß Sie im Grunde keinen Einfluß darauf haben, was in Ihrem Leben passiert?

(Der Betreffende hält sich permanent nicht an Verabredungen und Absprachen wie z.B. jemanden telefonisch zurückzurufen oder vernachlässigt die Selbstfürsorge z.B. Einkaufen, Körperhygiene, Essen)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein

23.) Haben Sie das Gefühl, daß etwas mit Ihnen nicht stimmt, was nie wieder heilen kann?

(Gefühl auf Dauer völlig oder teilweise zerstört worden zu sein)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

c) Schuldgefühle

24.) Fühlen Sie sich dauernd schuldig wegen aller möglichen Sachen?

(Schreibt sich permanent selbst die Schuld für Dinge zu, die schief laufen, auch wenn der Betreffende nichts damit zu tun hatte)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

d) Scham

25.) Schämen Sie sich so, daß Sie anderen nicht erlauben, Sie wirklich kennenzulernen? Vermeiden Sie beispielsweise Gespräche mit anderen Menschen oder spielen Sie ihnen etwas vor?

(Vermeidet sich den meisten Menschen gegenüber zu öffnen, aus Angst, daß andere die eigenen schlechten Seiten näher kennenlernen könnten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

e) Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein

26.) Fühlen Sie sich fern von anderen Menschen und ganz anders als sie?

(Gefühl anders als allen anderen Menschen zu sein oder entfremdet von anderen Menschen zu sein)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

c) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen

27.) Machen sich andere Menschen manchmal mehr Sorgen um Ihr Wohlergehen hinsichtlich potentiell gefährlicher oder gewalttätiger Situationen, als Sie selbst?

(Setzt sich potentiell gefährlichen Situationen aus z.B. betrunken Autofahren, Prostitution, oder begibt sich in eindeutige Gefahr für Leib und Leben)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

IV) Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

a) Unfähigkeit, zu vertrauen

28.) Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen zu vertrauen?

(Kann erst vertrauen, nachdem andere Menschen ihre Vertrauenswürdigkeit immer wieder bewiesen haben oder vertraut prinzipiell niemandem)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

29.) Vermeiden Sie Kontakte zu anderen Menschen?

(Sucht keinen Kontakt zu anderen Menschen aus eigener Aktivität oder erwidert keine Kontaktangebote z.B. per Telefon oder Brief)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

30.) Haben Sie Schwierigkeiten, Meinungsverschiedenheiten und Konflikte auszutragen?

(Hat Schwierigkeiten, andere Standpunkte anzuhören oder einen eigenen Standpunkt zu beziehen oder bricht Kontakte aufgrund von Konflikten ohne Klärungsversuch ab.)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Reviktimisierungen

31.) Geraten Sie immer wieder in Situationen, bei denen Ihre Grenzen verletzt werden?

(Findet sich selbst wiederholt in mißbrauchenden Beziehungen oder gefährlichen Situationen wieder)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

c) Viktimisierung anderer Menschen

32.) Haben Sie andere Menschen verletzt?

(Bekommt von anderen Menschen wiederholt gesagt, wie verletzend der Betreffende sein kann oder hat wiederholt absichtlich andere seelisch oder körperlich verletzt)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

V. Somatisierung

a) Somatoforme Beschwerden

33.) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen körperliche Beschwerden wie z.B.

Kopfschmerzen, Schwindel, Bauchschmerzen, Erschöpfung, etc., ohne daß eine körperliche Erkrankung vorlag, bzw. ohne daß ein hinzugezogener Arzt eine körperliche Erkrankung feststellen konnte?

(Vorliegen mindestens eines erheblichen Körpersymptoms, das nicht ausreichend durch eine körperliche Erkrankung erklärbar ist)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

34.) War das Ausmaß dieser körperlichen Beschwerden so stark, daß Sie einen Arzt aufsuchen mußten, oder so stark, daß Sie in Ihrem Alltagsleben erheblich beeinträchtigt waren?

(Erhebliche Gesundheitseinschränkung oder Arztbesuch aufgrund der somatoformen Beschwerden)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Hypochondrische Ängste

35.) Machen Sie sich über Ihre körperlichen Beschwerden Sorgen, oder denken Sie daran, an einer ernsthaften Erkrankung zu leiden, auch wenn Ihr Arzt sagt, daß alles in Ordnung ist?

(Erhebliche hypochondrische Ängste. Der Betreffende ist auch durch wiederholte ärztliche Versicherung nicht davon zu überzeugen, daß keine organische Erkrankung vorliegt)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen

a) Fehlende Zukunftsperspektive

36.) Fühlen Sie sich in Bezug auf die Zukunft hoffnungslos und pessimistisch?

(Fehlen einer Zukunftsplanung oder völlige Unfähigkeit an die Zukunft zu denken)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

37.) Haben Sie die Hoffnung aufgegeben, in einer Liebesbeziehung Glück zu finden?

(Der Betreffende kann keine liebevollen Empfindungen anderen Menschen gegenüber aufbringen oder fühlt sich anderen Menschen gegenüber so fremd, daß er sich nicht vorstellen kann, jemals für irgend jemanden Liebe zu empfinden)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

38.) Haben Sie Hoffnung aufgegeben, Befriedigung in der Arbeit zu finden?

(Arbeit wird nur noch als Last und ohne jede Befriedigung erlebt)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

39.) Hat das Leben für Sie seinen Sinn verloren?

(Sieht keinen Sinn im Leben, findet keinen Grund, für den es sich lohnt zu leben)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

40.) Hat sich Ihre Lebenseinstellung verändert oder haben Sie Ihre religiösen Überzeugungen verändert?

(Völlige Umwertung grundlegender Lebensüberzeugungen im Sinne einer Desillusionierung und Entwertung bis hin zur völligen Ablehnung der Werte und Ansichten, mit denen die Person aufwuchs)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

1. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen

Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit, sich

selbst zu beruhigen (2 von 3 Items vorhanden) ja nein

Verminderte Steuerungsfähigkeit von

b) aggressiven

Impulsen (2 von 4 Items vorhanden) ja nein

Autodestruktive Handlungen und

c) Selbstverletzen

ja nein

d) Suizidalität

ja nein

e) Störungen der Sexualität

ja nein

f) Exzessives Risikoverhalten

ja nein

**Mindestens a) und mind. ein Kriterium von b) - f)
erfüllt**

ja nein

2. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins

a) Amnesien

ja nein

b) Dissoziative Episoden und Depersonalisation

ja nein

Ein Kriterium von a) - b) erfüllt

ja nein

7. Störungen der Selbstwahrnehmung

a) Unzureichende Selbstfürsorge

ja nein

b) Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein

ja nein

c) Schuldgefühle

ja nein

d) Scham

ja nein

Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt

e) zu sein

ja nein

f) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen

ja nein

2 Kriterien von a) bis f) erfüllt

ja nein

IV. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

a) Unfähigkeit zu vertrauen

ja nein

b) Reviktimisierungen

ja nein

c) Viktimisierung anderer Menschen

ja nein

Ein Kriterium von a) - c) erfüllt

ja nein

8. Somatisierung

a) Somatoforme Symptome

ja nein

b) Hypochondrische Ängste

ja nein

Ein Kriterium von a) - b) erfüllt		ja	nein
<hr/>			
VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen			
a) Fehlende Zukunftsperspektive	ja	nein	
b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten	ja	nein	
Ein Kriterium von a) - b) erfüllt		ja	nein
<hr/>			
Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung:			
<hr/>			

7.6 GRQ

Wie ich darüber denke, mich in einer Gruppe zu befinden

(GSQ™ 3.0) D. Rob Davies, Ph.D., and Gary M. Burlingame, Ph.D. All rights reserved.

American Professional Credentialing Services LLC © 2005 PO Box 751, Baltic, CT 06330, (888) 822-0836 webquery@oqfamily.com

Anweisungen:

Die folgenden Fragen sollen herausfinden, wie Sie sich bei der Zusammenarbeit in einer Gruppe erleben. Denken Sie beispielsweise an Situationen an Ihrem Arbeitsplatz oder in Vereinen. Bitte lesen Sie sich jede Frage aufmerksam durch. Danach kreuzen Sie Ihre Antwort in dem entsprechenden Feld an, welches anzeigt, wie oft Sie sich während des letzten Monats (30 Tage) in dieser Situation befanden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, deshalb beantworten Sie diese Fragen bitte so ehrlich wie möglich.

	Nie	Kaum	Manchmal	Häufig	Fast Immer
1. Wenn Sie sich in einer Gruppe von Menschen befinden, die sich über ein Thema unterhalten, zu dem Sie viel beitragen können, wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie Ihre Meinung dazu äussern?-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich teile meine Gefühle anderen gegenüber gerne mit.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich vermeide es, in Gruppen zu sprechen.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich fühle mich oft als Aussenseiter in Gruppendiskussionen.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Normalerweise bestimme ich Gruppendiskussionen.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich sage so gut wie nie was ich denke, wenn ich mich in einer Gruppe von Menschen befinde.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wenn meine Meinung nicht mit der von einer anderen Person übereinstimmt unterbreche ich ihn/sie, bevor er/ sie die Möglichkeit hat, auszusprechen.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Bereits bei der ersten Begegnung teile ich einer Person Dinge über mich selbst mit, auch einschliesslich persönliche Informationen.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich bin sehr verschlossen und teile seltenst jemandem mit, wie ich mich fühle.----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich glaube, dass es mir wirklich helfen wird in einer Gruppe zu arbeiten.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wenn ich an einer Gruppe teilnehme erhoffe ich mir davon, mich danach bedeutend besser zu fühlen.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich glaube, dass ich mich besser fühlen werde, wenn ich meine Gefühle anderen gegenüber äussere.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich verhalte mich anderen gegenüber abweisend, wenn ich von meiner Meinung überzeugt bin.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich neige dazu, mich in Gruppen nicht einzubringen.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich trage oft etwas zu Gruppendiskussionen bei.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich bin eine offene Person.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich diskutiere um des Diskutierens Willen.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich bringe Stimmung in jede Party.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich teile negative Gefühle anderen gegenüber nicht mit.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Demographische Daten:

Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich

Alter: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Geschieden ☐ Verwitwet ☐ mit Partner ☐ ohne Partner

Schulabschluss: ☐ Hauptschulabschluss ☐ Mittlere Reife ☐ Abitur ☐ Berufsausbildung ☐ Sonstiges

Name und Ort der Einrichtung: _____

7.7 SCL-90

Codenummer / Name:		SCL-90-R
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Bildungsstand:	<input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt	
Alter:	
Datum:	

<p>Anleitung</p> <p>Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.</p> <p>Bitte beantworten Sie jede Frage!</p>	<p>Beispiel:</p> <p>Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?</p> <p>Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen 4 = „sehr stark“ an.</p> <p>Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.</p>	<p>Stärke Ihrer Zustimmung:</p> <p>überhaupt nicht wenig mäßig sehr stark</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>011234</p>
--	---	--

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht wenig mäßig sehr stark
1. Kopfschmerzen	011234
2. Nervosität oder innerem Zittern	011234
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	011234
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	011234
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	011234
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	011234
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	011234
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	011234
9. Gedächtnisschwierigkeiten	011234
10. Beunruhigung wegen Achtsamkeit und Nachlässigkeit	011234
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	011234
12. Herz- und Brustschmerzen	011234
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	011234
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	011234
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	011234
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	011234
17. Zittern	011234
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	011234
19. schlechtem Appetit	011234
20. Neigung zum Weinen	011234
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	011234
22. der Befürchtung, erlappet oder erwischt zu werden	011234
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	011234
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	011234
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	011234
26. Selbstvorwürfen, über bestimmte Dinge	011234
27. Kreuzschmerzen	011234
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	011234
29. Einsamkeitsgefühlen	011234
30. Schwerkraft	011234
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	011234
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	011234
33. Furchtsamkeit	011234
34. Varietätlichkeit in Gefühlsdingen	011234
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	011234
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	011234
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	011234
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	011234
39. Herzklopfen oder Herzjagen	011234
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	011234

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	sehr stark 3
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0	1	2	3
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3
44. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzu- kontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	0	1	2	3
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3
51. Leere im Kopf	0	1	2	3
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0	1	2	3
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0	1	2	3
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3
60. dem Drang, sich zu überessen	0	1	2	3
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0	1	2	3
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3
64. frühem Erwachen am Morgen	0	1	2	3
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	sehr stark 3
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0	1	2	3
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3
72. Schreck- und Panikanfällen	0	1	2	3
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3
74. der Neigung, immer wieder in Erörte- rungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3
76. mangelnder Anerkennung ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0	1	2	3
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohn- macht zu fallen	0	1	2	3
83. dem Gefühl, daß die Leute Sie aus- nutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0	1	2	3
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3
89. Schuldgefühlen	0	1	2	3
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ih- rem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3

© Beltz Test GmbH, Göttingen - Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items, wie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien verboten - Bepf.-Nr. 0421603 *Herstellung und Satz: Wolf Barthelme (Göttingen)*

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

- | | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|---|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| 91. gedanklicher Beschäftigung mit Krankheiten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 92. der Neigung, anderen gegenüber aufdringlich zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 93. merkwürdigen Erinnerungslücken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 94. überwältigendem Verlangen nach einem Suchtmittel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 95. dem ständigen Zweifel, ob Sie nicht doch ernstlich krank sind. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 96. dem Gefühl, dass sie andere provozieren, ohne es zu merken. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 97. immer wiederkehrendem Zweifel, ob Sie eine Tätigkeit ordentlich beendet haben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 98. dem Drang, immer wieder Ärzte aufzusuchen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 99. schwerwiegenden körperlichen Krankheits-symptomen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 100. der Abhängigkeit von anregenden Mitteln | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 101. ständig wiederholtem Nachprüfen elektri-scher oder anderer Geräte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 102. der Vermeidung von Kontakten, weil Sie sich gehemmt fühlen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 103. tiefer Wehmut bei dem Gedanken an frü-her | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 104. dem Wunsch tot zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 105. Schweißausbrüchen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 106. feindseligen Gefühlen gegenüber anderen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 107. beleidigenden Bemerkungen, die man Ihnen gegenüber macht | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 108. wiederholten Impulsen, sich selbst etwas anzutun | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 109. dem Gefühl, dass unheimliche Dinge hin-ter Ihrem Rücken passieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 110. dem Drang, zur unpassenden Zeit lachen zu müssen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 111. der Neigung, Dinge zu sagen, die Sie eigentlich nicht sagen wollen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 112. einer Trennung von geliebten Menschen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 113. dem Drang, albern zu sein und sich über alles lustig zu machen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 114. quälenden Entzugssymptomen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 115. dem Gefühl, die eigene Person nicht mehr ertragen zu können | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

- | | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|---|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| 116. dem ständigen Drang, Scherze zu machen, Witze zu reißen oder Streiche zu spielen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 117. Gefühllosigkeit und Abgestumpftheit Menschen gegenüber | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 118. dem Gefühl, irgendwie verändert oder sich selbst fremd zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 119. dem Drang zu reden, auch wenn niemand zuhört | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 120. dem Gefühl, Dinge schon mal erlebt zu haben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 121. dem Gefühl von Belastung und Überfor-derung | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 122. Hektik und Ruhelosigkeit, sich getrieben fühlen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 123. dem Gefühl, dass Ihnen alles über den Kopf wächst, Sie überfordert sind | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 124. dem anhaltenden Gefühl, schwer krank zu sein, auch wenn Ärzte nichts finden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 125. Trennungs- und Verlustängsten nach schlimmen eigenen Erlebnissen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 126. Niedergeschlagenheit und gedrückter Stimmung | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 127. einem ständigen Zwang, Ihren Körper nach Krankheiten abzusuchen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 128. Alpträumen, die schreckliche Erinnerun-gen wieder aufleben lassen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 129. dem Gefühl, Gesprächen nicht mehr fol-gen zu können | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 130. Stress und Überreizung; nervlicher An-spannung | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 131. dem Gefühl, ständig unter Strom zu ste-hen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 132. Verwirrtheit, so dass Sie die Dinge gar nicht mehr verstehen oder steuern können | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 133. einem tiefen Hass auf sich selbst | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 134. dem Gefühl, dass Dinge um Sie herum sich seltsam verändern | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 135. dem Drang, große und gewagte Projekte zu beginnen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 136. unfairer Behandlung durch andere | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 137. Höhenangst, z.B. Angst in Hochhäusern oder auf Brücken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 138. dem Gefühl, alles mit Gewalt durchsetzen zu müssen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 139. Angst vor einem Herzanfall | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 140. dem wiederholten Gedanken, etwas Schreckliches tun zu müssen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Copyright für die Fragen 91-190 bei Burghard Andresen, Georg Fiedler und Steffen Moritz

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

- | | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|---|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| 141. Enttäuschungen oder Verlusten, über die Sie nicht hinwegkommen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 142. dem Gefühl, wenig attraktiv zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 143. Körpergefühlen, die bei Ihnen Angst auslösen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 144. gewalttätigen Impulsen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 145. dem zwingenden Verdacht, dass man hinter Ihrem Rücken gegen Sie arbeitet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 146. dem Gefühl, dass Sie nichts mehr richtig ernst nehmen können | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 147. der Neigung, Aufmerksamkeit erregendes Verhalten zu zeigen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 148. Abhängigkeit von Medikamenten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 149. dem Gefühl, in einem Traum zu sein, so als ob alles unwirklich ist | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 150. übermäßigem Rauchen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 151. einer inneren Stimme, die Ihnen befiehlt, sich selbst umzubringen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 152. fehlendem Schlafbedürfnis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 153. plötzlichen Gefühlen von Fremdheit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 154. ständiger Übermüdung tagsüber | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 155. Orientierungsproblemen, nicht wissen, wann, wo und wieso etwas passiert | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 156. ständigen Sorgen um Ihre Gesundheit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 157. Angst vor weiteren Katastrophen und Schicksalsschlägen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 158. dem Gefühl, dass Ihre geistige Leistungsfähigkeit nachlässt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 159. dem Gefühl, sich nicht entspannen zu können | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 160. dem Gefühl, dass andere Ihre Freude und Begeisterung nicht teilen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 161. Verlangsamung und Trägheit des Denkens | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 162. angstvollen Erinnerungen an eine Situation, in der Sie Opfer waren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 163. der Unfähigkeit von Ärzten, Ihre Krankheit zu erkennen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 164. dem Drang, sich selbst körperlich zu verletzen oder zu quälen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 165. immer wiederkehrenden Gedanken an schreckliche Erlebnisse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

- | | überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|--|-----------------|-----------|----------|-------|------------|
| 166. dem beunruhigendem Gefühl, verschiedene Persönlichkeiten in sich zu tragen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 167. zu vielen flüchtigen Gedanken, ständig neuen Ideen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 168. übermäßigem Alkoholkonsum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 169. Gleichgültigkeit, dem Gefühl, dass Ihnen alles egal ist | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 170. dem Gefühl, dass sie Ihre Gedanken ungeordnet mitteilen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 171. dem Gefühl, dass Sie sich sprachlich nicht mehr verständlich machen können | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 172. geheimnisvollen Zeichen, die Ihnen eine Gefahr anzeigen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 173. der Gewissheit, dass manche Leute Ihren guten Ruf ruinieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 174. der Neigung, heftig auf Enttäuschungen zu reagieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 175. sich wiederholenden, Ihnen sinnlos erscheinenden Vorstellungen und Impulsen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 176. dem ständigen Bedürfnis, die Hände zu reinigen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 177. unkontrollierbaren intensiven Abneigungen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 178. Angst vor Fahrstühlen oder Rolltreppen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 179. Erscheinungen, die andere nicht wahrnehmen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 180. dem Drang, sich ungewöhnlich zu benehmen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 181. dem Bedürfnis nach einem stimmungshobenden oder erlebnissteigernden Mittel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 182. Apathie und allgemeiner Lustlosigkeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 183. der Neigung, sich von allem ablenken und anregen zu lassen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 184. dem Gefühl, hypnotisiert zu sein oder in Trance zu fallen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 185. dem Gefühl, selbst leichten geistigen Anforderungen nicht gewachsen zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 186. der schrecklichen Gewissheit, eine schwere Krankheit zu haben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 187. katastrophalen Erfahrungen, die Sie gemacht haben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 188. dem sich Verlieren in Tagträumen und Fantasiewelten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 189. Abhängigkeit von bewusstseinsverändernden Drogen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 190. einer gesundheitsschädlichen Sucht, von der Sie nicht loskommen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Ich bin schon einmal in psychiatrischer, nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen

ja ☐ nein ☐

7.8 Eidesstattliche Erklärung:

Ich erkläre, dass ich an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel: „Zum Einfluss von Traumafolgen auf die Motivation zur Psychotherapie in der Gruppe“ in der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Rostock (Direktor Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider) unter Betreuung von Prof. Dr. Dr. Schneider ohne sonstige Hilfe durchgeführt habe und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die aufgeführten Hilfen verwendet habe.

Ich habe die Dissertation bisher an keiner anderen in- und ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Weiterhin versichere ich, dass ich den beantragten Titel bisher noch nicht erworben habe.

Wiesbaden, den 16. März 2018

Sarah Christine Dutton

7.9 Danksagung:

Einen ganz herzlichen Dank möchte ich an Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider und PD Dr. Matthias Vogel aussprechen, für die Überlassung dieses interessanten Themas und ihre kompetente und engagierte Betreuung und Förderung.

Ebenso gilt mein Dank allen Mitarbeitern der Psychosomatischen Klinik der Universität Rostock für ihre Hilfsbereitschaft, die gute Zusammenarbeit und die angenehme Arbeitsatmosphäre.

Für die große Hilfe in der statistischen Auswertung geht besonderer Dank an Tanja Braungardt.

Insbesondere möchte ich den Patienten danken, die durch ihre freiwillige, kooperative und interessierte Teilnahme den Inhalt dieser Arbeit mitbestimmt haben.

Zum Schluss danke ich meinem Ehemann, Freunden und meinem Vater für ihre große fortwährende Unterstützung auf allen Ebenen.